

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gérard ROUX-DESSARPS

Né le 21 août 1932, à Paris (VII^e)

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 1958

L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN

*Ses caractères,
les difficultés de son organisation*

Président : M. R. PIÉDELIÈVRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE NOUVELLE
53, quai de la Seine.

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gérard ROUX-DESSARPS

Né le 21 août 1932, à Paris (VII^e)

Présentée et soutenue publiquement le 31 mai 1958

L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN

*Ses caractères,
les difficultés de son organisation*



Président : M. R. PIÉDELIÈVRE, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE NOUVELLE
53, quai de la Seine.

DOYEN HONORAIRE :

M. Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Baudouin, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Gougerot (H.), Guillaïn, Harvier, Laubry, Lemaitre, Lemierre, Lhermitte, Lian, Loeper, Marion, Mathieu, Mocquot, Mulon, Olivier, Ombredanne, Sannié, Sézary, Tanon.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I. PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	OLONOVSKI (M.)
	BROCQ (P.)
Cliniques chirurgicales	D'ALLAINES
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de la tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
	MOREAU (R.)
	DE GENNES
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLÉRY-RADOT (L.)
	LANTUEJOL (P.)
Cliniques obstétricales	LÉVY-SOLAL (E.)
	LACOMME (M.)
	ELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	AUBIN (A.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (G.)
Clinique rhumatologique	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)

Clinique thérapeutique médicale.	LEMAIRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENÈQUE (J.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique.	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MOUQUIN (M.)
Histologie.	CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance.	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine du travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	GAILLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale.	N...
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.	LENÈGRE (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale.	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale.	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique.	TURPIN (R.)
Chaire de clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition.	BOULIN

II. PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS ET AGRÉGÉES

Anatomie.	{ DEBEYRE (J.)		{ GRASSET (J.)
	{ DELMAS (A.)		{ LEPAGE (F.)
	{ GAUTHIER-		{ MAYER (M.)
	{ VILLARS	Obstétrique.	{ MERGER (R.)
Anatomie patholog.	{ (Mlle P) <i>Pr. s. ch.</i>		{ RAVINA (J.)
	{ BUSSER (F.)		{ VARANGOT (J.)
	{ GOUYCOU		{ MORIN
Bactériologie	{ FASQUELLE (R.)	Orthopédie	{ JUDET
	{ NEVOT (A.)		{ HALPHEN (E.) <i>Pr</i>
Biologie médicale.	{ BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino-laryngol.	{ <i>s. ch.</i>
	{ ETTORI (J.) <i>Pr. s. ch.</i>		{ AUBRY
Chimie médicale.	{ JAYLE (M.-F.) <i>Pr. ch.</i>	Parasitologie	{ MADURO (R.)
	{ SCHAPIRA (G.)	Parasitologie coloniale	{ BRUMPT (L.)
Dermato-syphiligraph.	{ DUPERRAT		{ CHABAUD
	{ BULLIARD (E.) <i>Pr</i>		{ ABOULKER (P.)
Histologie.	{ <i>s. ch.</i>		{ BAUMANN (J.)
	{ COUJARD (R.)	Pathologie chirurgie.	{ GOSSET (J.)
Hydrologie	{ DEBRAY (C.)		{ HUGUIER (J.)
Hygiène	{ BOYER		{ LAURENCE (G.)
	{ DEPARIS (M.)		{ LÉGER (L.)
	{ DEROBERT (L.)		{ OLIVIER (Cl.)
Médecine légale	{ HADENGUE		{ PADOVANI (P.)
	{ GAULTIER (M.)		{ LORTAT-JACOB
Neuro-chirurgie	{ DAVID		{ POILLEUX (M.)
Neurologie	{ SEZE (S. de)	Pathologie chirurgie.	{ ROUX
	{ OFFRET (G.)		{ RUDIER (J.-C.)
Ophtalmologie.	{ DESVIGNES (P.)	Pathologie expérim..	{ VERNE (J.-M.)
			{ MERKLEN (P.)

Pathologie médicale	BERNARD (J.)	Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
	BOUDIN (G.)		Pr. s. ch.
	CASTAIGNE (P.)		CHEYMOL (J.-H.)
	CONTE (M.)	Physiologie	Pr. s. ch.
	DECOURT (J.)		BARGETON (D.)
	DOMART (A.)		Pr. s. ch.
	DREYFUS (Gilb.)		PARROT (J.-L.)
	FAUVERT (R.)	Physique médicale	DJOURNO (A.)
	HAMBURGER (J.)		GOUGEROT (L.)
	KOURILSKY (R.)	Phtisiologie	KREIS
	MILLIEZ (P.)	Psychiatrie	BARUK
	PERRAULT (M.)	Psychiatrie infantile	MICHAUX (L.)
	RAMBERT (P.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
	THIEFFRY (St.)		CERNEA
Pédiatrie	TURIAF (J.)	Puériculture	JOSEPH
	LAROCHE	Thérapeutique	PERRAULT
	PEQUIGNOT		(chargé de l'enseignement)
	LAMOTTE	Urologie	KUSS (R.)
	LAPLANE (R.)		
	MARIE (J.)		

III. PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM. BRINDEAU (A.), *Obstétrique* ; GATELLIER (J.), *Clinique chirurgicale* ;
LE LORRIER (V.), *Obstétrique* ; VAUDESCAL (R.), *Obstétrique*.

IV. PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

Clinique chirurgicale	AMELINE (A.)
	MENEGAUX (G.)
	PATEL (J.)
	SICARD (A.)
	BROUET (G.)
Clinique médicale	CACHERA (R.)
	GARCIN (J.)
	HAGUENAU (M.)
	MARCHAL (G.)
	SOULIE (E.)
Clinique obstétricale	DIGONNET (L.)
	EGALLE (G.)
Clinique ophtalmologique	RENART (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

Secrétaire de la Faculté MOREL (J.)
Secrétaire adjoint Mlle CHANTREUIL (G.)

MM.

Conservateur Docteur HAHN (A.)
Bibliothécaires M. DOUAN (G.)
Mlle DUMAITRÉ (P.)
Mlle GOICHON (A.-M.)
Mlle LE NOIR (G.)
Mlle METIN (F.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME,

A MES PARENTS,

A MES BEAUX-PARENTS,

AU DOCTEUR Georges BAILLIÈRE, mon grand-père (*in memoriam*).

A MES FRÈRES,

AUX MIENS,

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIÉDELIÈVRE (R.)

Professeur de médecine légale,
Membre de l'Académie de médecine,

*Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.*

Hommages respectueux.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

1955 Monsieur le Professeur MONOD (R.).
1955-1956 Monsieur le Professeur FÈVRE (H.).
1956 Monsieur le Docteur ALBEAUX-FERNET (M.).
1956-1957 Monsieur le Professeur AMELINE (A.).
1957 Monsieur le Professeur LENÈGRE (J.).
1957-1958 Monsieur le Professeur CATHALA (J.).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY

Membre de l'Institut
et de l'Académie de médecine

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

Membre de l'Académie de médecine

*Respectueux témoignage
de son admiration.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

CASTAIGNE, LAURENCE, BOUR, LEREBoulLET,
BINET, CARLOTTI.

*qui, à la Revue du Praticien,
m'ont toujours porté la plus
bienveillante attention.*

INTRODUCTION

L'enseignement post-universitaire du médecin praticien... tel est le thème de ce travail. Il se définit de lui-même. C'est le perfectionnement continu du docteur en médecine, lorsqu'il a quitté la Faculté muni de son diplôme et de sa licence d'exercice ; et ceci, non pas pour s'élever dans l'échelle de la profession, ni pour acquérir une compétence particulière, mais seulement pour être toujours à même d'exercer ses fonctions correctement, compte tenu de l'évolution incessante des connaissances scientifiques (1).

Nous avons éliminé de notre étude les diverses activités qui aboutissent à former un spécialiste ou un consultant hospitalier, ainsi que les études supérieures, troisième cycle conduisant à la recherche ou à l'enseignement.

Définir les caractères de cette forme de l'enseignement médical c'est, avant tout, en préciser les diverses modalités. Il n'est pas possible, en effet, de transposer pour le médecin diplômé, les méthodes pédagogiques employées classiquement dans les universités pour la formation des étudiants. Le temps très court que le praticien peut consacrer à son perfectionnement, le désir qu'il a de recevoir des notions essentiellement pratiques qui reposent néanmoins sur une base scientifique suffisante, donnent à ce type d'éducation d'adulte un aspect particulier encore mal connu. Aussi rappeler les normes pédagogiques de l'enseignement des médecins nous a semblé un travail préliminaire (2).

Distinct de l'enseignement des étudiants, le perfectionnement post-scolaire est, par ailleurs, différent dans sa présentation selon le type de médecins auxquels il s'adresse. Nous aurions donc pu diviser cette étude en deux parties selon qu'il s'agit du praticien spécialiste ou de son confrère de médecine générale. En réalité, on s'aperçoit trop souvent en parcourant les programmes des cours dits de perfectionnement qu'ils s'adressent presque uniquement aux

(1) Une distinction semblable est faite par les auteurs anglo-saxons qui scindent l'enseignement médical en Undergraduate Education (ou études médicales), Graduate Education, troisième cycle et études spéciales, et, enfin Postgraduate Education, enseignement post-universitaire proprement dit.

(2) Notons que tel sera le sujet de la prochaine réunion internationale de l'Association médicale mondiale qui se tiendra à Chicago en 1959.

spécialistes délaissant les omnipraticiens généralistes. Nous nous sommes donc attachés surtout à montrer la nécessité de l'enseignement de la médecine générale et d'indiquer les impératifs et l'originalité d'un cours, une publication, d'un ouvrage destiné à l'omnipraticien.

Selon le temps que le médecin peut y consacrer, nous opposerons trois types de perfectionnement.

Lorsque le jeune diplômé retarde volontairement son installation définitive en prolongeant, par des stages de pratique sous contrôle, ou par un internat hospitalier, la durée de sa formation clinique, on parlera **d'enseignement complémentaire de l'omnipraticien** qui ne peut se concevoir qu'à plein temps.

Entrant naturellement dans l'emploi du temps journalier, l'enseignement écrit, quelle qu'en soit la forme, constituera l'**Information quotidienne du praticien**, qui par sa présentation attrayante tiendra le médecin continuellement au courant.

L'**enseignement systématique**, enfin, par des cours, des conférences, obligeant le médecin à quitter sa clientèle pour venir aux enseignants, sera l'occasion d'un véritable rafraîchissement périodique.

Après avoir essayé de définir ce qu'est l'enseignement post-universitaire et en avoir indiqué les diverses modalités, nous envisagerons les problèmes que pose son organisation pratique. Plutôt que de rappeler ce qui existe en France en indiquant les principaux organismes se chargeant, ou pouvant éventuellement être chargés de l'enseignement post-scolaire — ce qui n'aurait été qu'une sorte de répertoire — nous avons pensé qu'il serait plus utile de chercher la **règle générale de l'organisation de cet enseignement sur un plan national** quel que soit le pays envisagé. Pour cela, nous montrerons, par quelques exemples pris parmi des pays où se posent des problèmes similaires aux nôtres, quel serait le schéma de base, et les questions préliminaires que doivent résoudre les Associations professionnelles avant de prétendre présenter aux médecins un programme cohérent de perfectionnement.

Ce ne sera donc qu'en conclusion que nous parlerons de la France, et seulement pour indiquer les diverses enquêtes qui mériteraient d'être menées avant d'espérer organiser dans notre pays un enseignement post-universitaire des médecins praticiens.

PREMIÈRE PARTIE

L'ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DU FUTUR PRATICIEN : INTERNATS, STAGES DE PRATIQUE SOUS CONTROLE

Quel que soit son pays d'origine, le jeune médecin, qui, fraîchement diplômé, doit quitter la Faculté pour s'installer comme médecin praticien, ressent toujours une impression de coupure, de fossé à franchir.

Les connaissances théoriques qu'il a acquises pendant son séjour à l'École de médecine sont, en général, suffisantes pour lui permettre de résoudre, *dans l'absolu*, les problèmes qui se présentent à lui. Mais il n'a pas appris les réflexes pratiques indispensables à un diagnostic rapide au chevet du malade, ni le traitement des affections courantes rencontrées le plus souvent dans sa clientèle. Sa formation clinique est, en effet, incomplète ; elle est tout d'abord insuffisante, car les stages hospitaliers prévus par les programmes universitaires sont toujours trop peu nombreux par rapport aux cours théoriques, en amphithéâtre. Mais surtout il n'a jamais été préparé à ce que sera son activité de praticien. Un comité d'étude du Collège Royal de Médecine en Grande-Bretagne soulignait à ce sujet en 1944 les deux objectifs d'un enseignement supérieur. Le premier, purement éducatif, a comme but la formation intellectuelle de l'étudiant — il est commun à tout enseignement scientifique. Le second, propre à chacune des disciplines, est professionnel et tend à donner à l'étudiant le moyen d'utiliser les connaissances acquises et de les adapter au métier qu'il exercera. Le comité rappelait que les études médicales étaient actuellement caractérisées par un conflit entre ces deux objectifs, conflit qui entraînait une surcharge des programmes, mais n'aboutirait en fin de compte qu'à un échec.

A. APERÇU DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LE MONDE : SON INSUFFISANCE GÉNÉRALE

Si l'on étudie le rapport préparé en 1950 par l'Association médicale mondiale, sur les « normes de l'enseignement médical » et la formation

pratique dans vingt-six pays, l'on s'aperçoit que les stages hospitaliers sont le plus souvent remplacés par de simples visites en groupe d'un hôpital une à deux fois par semaine ; les étudiants y assistent à des conférences et à des démonstrations théoriques. Leur contact avec le malade se limite aux présentations en amphithéâtre. La Bulgarie considère même que « l'enseignement n'est pas une fonction de l'hôpital ».

Neuf pays seulement, la Belgique, le Danemark, l'Irlande, les États-Unis, la Grande-Bretagne, la Grèce, la Hongrie, les Indes et la Norvège offrent aux étudiants la possibilité d'une fonction hospitalière. Ils ont, par roulement, la responsabilité d'un malade et font le travail d'un externe : prise de l'observation, aides opératoires, gardes de nuit, examens de laboratoire au lit du malade. Ce stage a lieu en fin d'études (les premières années étant consacrées entièrement à l'étude de l'homme normal). L'étudiant consacre sa dernière année à des stages de quelques semaines dans les différents services spécialisés d'un hôpital d'enseignement ; mais paradoxalement ce stage est volontaire de la part de l'étudiant et l'enseignement qui est donné à l'hôpital n'a aucun lien avec les cours officiels de la Faculté.

Au Danemark, l'étudiant s'élève d'année en année du poste d'infirmier à celui d'externe de consultation. D'abord chargé des petits soins et des pansements dans une salle de chirurgie, il sera ensuite, externe de salle dans un service de médecine générale, et en dernier lieu, chargé d'une consultation externe.

En U.R.S.S., l'étudiant est attaché pendant une année à un lit d'hôpital, mais il ne fait pas partie du personnel médical et n'a aucune responsabilité. Les observations qu'il prend ne sont pas gardées au dossier du malade et ne sont, pour lui, qu'une forme d'entraînement.

A Cuba, comme en France, l'attribution des postes hospitaliers se fait par concours et la majorité des étudiants n'ont qu'une expérience hospitalière très insuffisante.

La dernière année des études médicales est habituellement réservée à un stage interne où l'étudiant sous la surveillance étroite de moniteurs entre pour la première fois en contact direct avec le malade. Cette année d'internat s'effectue, selon les cas, avant ou après l'examen terminal. Elle est parfois volontaire, mais le plus souvent obligatoire pour l'obtention de la licence d'exercice. Elle se présente sous des formes différentes, mais garde de toute façon le même caractère de perfectionnement clinique que l'insuffisance de l'enseignement classique de la Faculté a rendu nécessaire.

Le but de notre étude n'est pas d'énumérer les divers types d'internat, mais de montrer que cette période de pratique sous contrôle serait beaucoup plus utile, si elle ne se bornait pas à être la dernière expérience hospitalière de l'étudiant, mais si elle pouvait, en même temps, constituer la première année de l'enseignement complémentaire du médecin praticien. Les auteurs anglo-saxons distinguent nettement le double rôle que doit jouer l'internat dans la formation du jeune médecin. Ils opposent, en effet, l'enseignement en vue du diplôme « Undergraduate Education » à l'enseignement du diplômé « Graduate Education », années de perfectionnement prolongeant les études médicales proprement dites et destinées à permettre au « gradué »

d'acquérir la formation spéciale qu'exige l'exercice de la médecine pratique.

L'étude des internats prend sous cet angle un tout autre aspect. Il ne s'agit plus de comparer simplement l'enseignement clinique au lit du malade dans divers pays, mais de préciser les réalisations qui ont pu être faites pour l'adapter le plus étroitement possible aux besoins d'un futur omnipraticien.

Première partie de l'enseignement post-universitaire, les années d'internat doivent montrer au jeune médecin déjà diplômé, mais se perfectionnant avant l'installation, les problèmes tels qu'ils se poseront à lui dans sa clientèle, et lui apprendre à les résoudre au mieux. Elles se prolongeront par un enseignement post-universitaire proprement dit, que nous envisagerons ensuite et qui, pendant toute la carrière du médecin, le mettra au courant des progrès de la science médicale.

B. L'INTERNAT : ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DU FUTUR PRATICIEN — SES CARACTÈRES

— La formation spéciale d'un praticien doit, tout d'abord, être essentiellement pratique ; l'internat, fonction hospitalière, l'est par définition et se trouve tout indiqué pour servir ce but.

— L'enseignement complémentaire ne doit pas être limité aux cas sélectionnés des grands services hospitaliers, mais doit donner au jeune médecin l'expérience des maladies courantes qu'il lui faudra reconnaître et traiter dans sa clientèle. Nous verrons ainsi comment des stages chez des médecins praticiens déjà installés, des postes d'attachés de consultations externes pourront utilement s'intégrer dans l'internat post-scolaire.

— Nous aurons à rappeler la nécessité de moniteurs, mais nous nous demanderons comment il faudrait les choisir. Doit-on laisser les médecins de l'hôpital superviser le travail de leurs internes ou, comme cela se fait de plus en plus dans les pays anglo-saxons, faut-il charger de ce soin des médecins praticiens, judicieusement sélectionnés, et appointés par l'hôpital pour montrer à leurs jeunes confrères les difficultés qu'ils rencontrent eux-mêmes quotidiennement ?

— Il nous faudra enfin préciser si cette année de formation pratique doit être commune pour tous les médecins ou s'il faut prévoir plusieurs types d'internat suivant la branche choisie par le « gradué ». Nous verrons ainsi comment aux États-Unis peuvent se concevoir dans un même service hospitalier deux postes distincts, l'un pour le futur spécialiste, l'autre pour l'omnipraticien.

Nous terminerons cette étude des principaux internats en indiquant rapidement l'aspect général du statut légal de l'interne. Nous noterons à ce sujet les difficultés très grandes que peuvent rencontrer certains pays pour obtenir qu'un nombre suffisant d'hôpitaux acceptent d'assurer, en plus du soin des malades, la formation spéciale des médecins praticiens différente de celle des étudiants.

I. L'INTERNAT AUX ÉTATS-UNIS

A. RAPPEL DES ÉTUDES MÉDICALES AUX ÉTATS-UNIS

Indiquons tout d'abord comment se présentent les études médicales aux États-Unis.

Elles sont précédées d'une formation scientifique très complète, qui amènera l'étudiant, après trois années dites pré médicales ou préprofessionnelles, passées dans une université, à un niveau équivalent à celui d'un licencié en sciences français. L'étudiant pourra alors poser sa candidature pour être admis dans une école de médecine. Mais les études secondaires n'étant pas sanctionnées, en Amérique, par un diplôme unique, l'admission ne sera définitive qu'après une sélection sévère par un examen et des épreuves de tests qui donneront une idée de l'instruction et des qualités personnelles du postulant. Les études médicales proprement dites, durent quatre ans. Les deux premières années sont uniquement théoriques et portent sur les différentes sciences médicales de base : anatomie, physiologie, histologie, etc.

C'est en troisième année, qui correspond en réalité à notre cinquième année de médecine, que l'étudiant entre pour la première fois dans une salle d'hôpital. Il est considéré comme « inpatient clinical clerkship », c'est-à-dire externe de salle et chargé de la prise de l'observation des malades.

La dernière année est consacrée à l'enseignement des spécialités. L'étudiant est attaché, pendant quelques semaines, aux diverses consultations spécialisées. Aucun enseignement théorique n'est prévu pendant cette année qui se passe entièrement à l'hôpital.

Un examen terminal portant sur les connaissances cliniques et théoriques confère le titre de Docteur en médecine, permettant au « gradué » soit d'exercer, soit de postuler un poste « d'intern » dans un hôpital ; ce choix étant entièrement libre et n'exigeant ni concours ni examens spéciaux.

B. L'INTERNAT AMÉRICAIN

Vouloir étudier l'internat aux États-Unis, c'est comparer et réunir d'une manière arbitraire des concepts bien différents. L'« internship » ou internat englobe, en effet, plusieurs activités hospitalières : c'est d'abord l'échelon le plus bas de la hiérarchie hospitalière, la porte d'entrée obliga-

toire que doit franchir un médecin désirant être admis comme membre du staff de l'hôpital. Nous n'envisagerons pas cet aspect de la question puisqu'il sort du cadre de notre étude. Mais selon la valeur éducative de ce stage, il faut opposer nettement : l'« intern » étudiant de fin de scolarité encore au sein de la Faculté, qui, avant de se présenter au Conseil fédéral pour obtenir la licence d'exercice, fait un stage interné, au jeune médecin, déjà diplômé, qui, jugeant sa formation clinique insuffisante, décide de se perfectionner par une année de pratique sous contrôle.

Il nous faudra également parler des résidences, trop souvent orientées vers la spécialisation, mais qu'il serait utile de voir adaptées au perfectionnement des futurs omnipraticiens.

1 *Le stage interné de cinquième année.*

Depuis 1931, la plupart des conseils fédéraux exigeaient, pour l'attribution de la licence d'exercice, en plus des quatre années passées à l'école, une année supplémentaire de stage pratique dans un hôpital.

Cet internat obligatoire ou « required internship » n'a pas donné les résultats que l'on pouvait attendre de lui, et a été supprimé en 1955. Il nous a paru néanmoins intéressant d'étudier les critiques qu'on a pu faire à cette année de stage supplémentaire, puisqu'elle se rapproche par beaucoup de points de notre sixième année internée.

Pour certains, prolonger d'une année les études médicales en rendant obligatoire un stage interné n'est qu'un pis aller, un aveu de l'insuffisance de la formation pratique de l'étudiant qui, théoriquement, devrait à la fin des études universitaires, être capable d'exercer son métier.

Il semblerait donc plus constructif et plus logique, plutôt que d'essayer de colmater les trous en construisant une digue de sécurité de dernière heure, de parfaire l'éducation des jeunes médecins en améliorant ce qui existe déjà, c'est-à-dire en donnant aux étudiants la possibilité de « faire de la médecine » pendant les années consacrées à leur enseignement.

Quoi qu'il en soit, on s'est aperçu rapidement qu'il était difficile de définir les fonctions réelles de cet « intern » et que, de par sa nature même il se trouvait pressé entre le « clinical clerkship » d'une part, et l'interne proprement dit d'autre part. On ne peut, en effet, lui donner une responsabilité très étendue, puisque, par définition, il n'est pas jugé capable d'être docteur en médecine. Il reste donc sous la tutelle étroite d'un moniteur, et se voit uniquement chargé de la prise de l'observation du malade et de petits actes médicaux simples. Mais dans ce cas, que reste-t-il comme fonction à l'étudiant en médecine inscrit pour un stage pratique dans le même service le (clinical clerkship), sinon l'assistance passive aux visites du « chef de service ? ». Certaines écoles avaient essayé de résoudre le problème en augmentant le nombre des lits pouvant servir à l'enseignement et en affiliant des hôpitaux périphériques où seraient envoyés les internes, les hôpitaux d'enseignement étant réservés aux étudiants. Le résultat fut médiocre : les internes ainsi détachés se sont plaints du manque

de supervision, de l'absence de programmes d'enseignement coordonnés. Ils étaient d'autre part trop peu nombreux pour assurer tout le travail de l'hôpital (prise de l'observation de tous les entrants, parfois 20 ou 30 par jour, gardes de nuit un jour sur deux) et débordés, ne pouvaient consacrer un temps suffisant à une formation théorique indispensable.

Il s'est alors posé aux États-Unis, le problème que l'on soulève actuellement en France : supprimer pratiquement le titre d'externe pour donner à tous les étudiants la fonction d'externe. En 1955, le docteur Hildebrand, représentant les médecins praticiens au Conseil de l'Éducation Médicale, proposait, en effet, lors d'un congrès sur l'« avenir de l'Internat », que la quatrième année de médecine dure douze mois complets. Tous les étudiants seraient attachés à plein temps à un hôpital. Ils passeraient dans les différents services et suivraient leurs malades pendant toute leur hospitalisation. Ils prendraient les gardes de médecine, chirurgie et accouchements. Cette réforme ne fut jamais appliquée, mais elle indique l'opinion du corps enseignant Américain et montre la faiblesse de ce type d'internat obligatoire qui était amené à disparaître.

Une autre raison de l'échec de stage interné aux États-Unis est le fait que spontanément tous les médecins fraîchement diplômés consacrent une année à un stage de pratique sous contrôle jugeant leur formation insuffisante pour s'installer d'emblée dans la pratique médicale et ceci même s'ils ont déjà suivi le « required internship » que le statut de leur État d'origine rendait obligatoire pour le diplôme.

Devant le succès de l'internat volontaire post-scolaire, les Écoles de médecine, toutes privées, ont les unes après les autres supprimé de leur programme une cinquième année qui grevait inutilement leur budget.

En 1940, un étudiant sur cinq seulement pouvait suivre son stage dans son école. Les quatre autres devaient s'adresser directement à un hôpital régional, trop heureux en échange d'une attestation destinée au Conseil fédéral de licence, d'avoir un auxiliaire médical bénévole. En 1951, 6 écoles seulement organisaient un stage interné, soit 400 stagiaires sur les 7 000 gradués; et en 1955, l'échec était devenu manifeste; une seule école, la Standford School, parlait encore de « required internship ». Il fallut bien reconnaître qu'on ne pouvait rendre obligatoire ce qui n'existait plus de fait et la cinquième année pratique fut supprimée.

2 L'internat volontaire, stage d'enseignement post-universitaire.

Il s'agit d'une période de pratique sous contrôle de un à deux ans, que la plupart des jeunes médecins désirant s'installer comme médecins praticiens suivent dans un hôpital après avoir terminé leurs études médicales et obtenu leur licence d'exercice.

Après en avoir étudié les principaux aspects, nous essayerons de montrer que l'internat américain est l'un des seuls, malgré ses défauts, à répondre à la définition générale des internats « formation complémentaire de l'omnipraticien ».

a) LE STATUT DE L'INTERNE AMÉRICAIN : ROLE DE L'AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION.

Il peut paraître trop schématique et même inexact de parler d'un internat américain, puisque la gestion des principaux hôpitaux dépend d'organismes privés autonomes. Il devrait donc y avoir autant de types d'internats qu'il y a d'hôpitaux. En réalité, si le fédéralisme et la décentralisation, base de toute l'activité américaine, existent dans cette branche comme ailleurs, il n'en est pas moins vrai que tout le système dépend *en fait* d'un organisme central très puissant, l'American Medical Association, qui fait pression sur les divers Conseils d'administration privés et obtient d'eux qu'ils uniformisent pratiquement leur programme d'internat. L'American Medical Association charge, en effet, chaque année un conseil « of Medical education and Hospitals » d'étudier la valeur éducative des stages proposés par les hôpitaux et de publier la liste de ceux qu'il juge dignes d'être reconnus comme internats. Il en résulte que, si n'importe quel hôpital a le droit d'offrir le nombre de postes d'internes qu'il désire, il n'en est pas moins vrai que pratiquement seuls les « Approved Internships » sont remplis, puisque c'est sur la liste de l'Association que les jeunes médecins font leur choix. Cette « approbation » n'a, bien entendu, aucune valeur officielle, mais est désirée par les hôpitaux privés qui, pour s'attacher un personnel médical suffisant, condition nécessaire à leur recrutement, s'efforcent pour mériter l'appréciation morale de l'Association, de suivre ses directives et améliorent ainsi la qualité de l'internat.

Étudier les statuts de l'interne américain, c'est préciser les critères sur lesquels sont jugés les postes proposés par les hôpitaux. Ils sont indiqués dans une brochure que l'American Medical Association révisé périodiquement, les « Essentials of an approved internship » que nous allons maintenant résumer.

L'internat doit être essentiellement un stage de perfectionnement et le jeune médecin doit être considéré avant toute chose comme un « élève interne »; ses fonctions d'aide médical, d'auxiliaire au service de l'hôpital, devant passer au second plan.

Les hôpitaux désirant l'approbation doivent donc nécessairement prévoir à côté de la fonction hospitalière de l'interne, un programme d'enseignement coordonné.

1^o Le programme général peut être de trois types : rotatif, mixte, ou spécialisé.

L'internat rotatif, ou « rotating internship » prévoit un enseignement pratique général. L'interne passe trois mois dans un service de médecine, trois en chirurgie. Le reste du temps est réparti en stages de deux mois, l'un en pédiatrie, un autre en obstétrique, un autre enfin, dans un service spécialisé au choix de l'interne.

L'internat mixte ou « mixed internship » permet au médecin d'étudier une spécialité, mais en même temps d'acquérir une bonne formation générale.

L'internat spécialisé ou « straight internship » se passe dans un seul service spécialisé. Il sort du cadre de notre étude, car il s'agit plutôt de la première année des études conduisant à la spécialisation.

2° Parallèlement à l'expérience pratique qu'il trouve au lit du malade (prise de l'observation des entrants, examen quotidien des hospitalisés, service de garde d'urgence), l'interne est tenu d'assister à toute une série d'activités en commun organisées par l'hôpital. Ces réunions permettent la discussion des cas de la semaine. Elles sont en même temps cliniques, anatomo-pathologiques et radiologiques. L'interne devra y avoir une participation effective.

3° Quel que soit le type choisi par l'interne, il est pendant toute la durée de son stage étroitement dirigé par une équipe de moniteurs à plein temps. Un « Director of intern education » nommé par l'hôpital, supervise son travail et s'assure de ses progrès.

4° L'hôpital, accepté pour recevoir des internes, devra enfin prévoir une bibliothèque tenue à jour. L'interne est chargé chaque semaine de résumer certains articles médicaux et de présenter son rapport au « Journal Club ».

5° Les autopsies doivent enfin représenter au moins 25 % des décès.

L'internat américain paraît donc répondre parfaitement à ce que l'on attend d'une année de perfectionnement clinique, puisqu'il comprend, comme nous venons de le voir, dans le cadre même de l'activité hospitalière de l'interne à la fois une fonction qui permet au jeune « graduate » d'acquérir des connaissances pratiques sous le contrôle des médecins hospitaliers et un « programme » coordonné d'enseignement avec équipe de moniteurs, réunion en commun, lecture de revues médicales. Un tel enseignement est très original et n'existe qu'aux États-Unis. Dans les autres pays, et en France en particulier, l'interne doit de lui-même, dans les temps libres souvent très courts que lui laisse son travail à l'hôpital, suivre un enseignement complémentaire théorique mal articulé avec ce qu'il fait dans son service.

Mais que représente réellement l'enseignement que reçoit l'interne à l'hôpital, est-il adapté à son but : formation d'un médecin praticien?

b) LES DÉFAUTS DE L'INTERNAT AMÉRICAIN.

1. *Le manque d'internes*: Les États-Unis souffrent actuellement de ce que l'on appelle improprement « un manque d'internes »; il s'agit, en fait, d'une disproportion dramatique entre le nombre de postes approuvés par l'American Medical Association et le nombre d'internes pouvant effectivement remplir ces postes.

En 1956, par exemple, 867 hôpitaux se sont vu accorder l'approbation pour 11 616 internats. Or le nombre des « graduates » la même année n'était que de 6 845. Plus du tiers des postes, soit 4 500, restèrent vides.

Plusieurs tentatives ont été faites pour diminuer le nombre des internats approuvés. Depuis 1951, l'approbation n'est accordée à un hôpital que pour un nombre de postes limité et variable d'une année à l'autre

selon les besoins. Tout récemment, le Council of medical education and Hospitals a décidé de refuser sa garantie aux hôpitaux qui n'auraient pu remplir, pendant deux ans consécutifs, le quart des internats qu'ils avaient offerts.

Cette mesure résoudra peut-être la situation actuelle qui est très grave. Elle agit directement sur la qualité générale de l'internat américain car les hôpitaux, qui ne peuvent prévoir l'effectif sur lequel ils peuvent compter, éprouvent des difficultés à organiser un programme au long cours.

2. Les caractères mêmes de l'internat limitent, par ailleurs, sa valeur comme formation complémentaire du médecin praticien.

Tout d'abord, parmi les trois types reconnus par l'American Medical Association, un seul, le rotating internship, offre au généraliste une expérience étendue des quatre disciplines majeures. Mais, par le fait même de la brièveté de l'internat, un an ou à la rigueur deux, les différents stages prévus sont trop courts et ne donnent pas une formation suffisante dans chacune des branches. C'est, d'autre part, la première expérience hospitalière du jeune médecin (en particulier depuis la suppression des stages internés). La responsabilité laissée à l'interne est donc très faible et ses fonctions plutôt comparables à celles d'un externe des hôpitaux. C'est dire la pratique minime que peut acquérir le médecin désirant se perfectionner en médecine générale. Or, l'internat était jusqu'à ces dernières années le seul stage complémentaire organisé pour le futur généraliste. Les résidences qui suivent l'internat sont, en effet, réservées habituellement aux futurs spécialistes, et les résidences de médecine générale encore à l'état de projet.

3 Les Résidences de médecine générale.

D'abord dénommés Résidences mixtes, ces stages n'avaient jusqu'en 1948 aucun caractère original. Ce n'était, en réalité, qu'une année supplémentaire d'internat avec les défauts que nous venons de noter.

En 1950, le Council of medical education and Hospitals a reconnu à certains hôpitaux le droit d'organiser à côté des Résidences spécialisées des Résidences réservées aux généralistes et dites de médecine générale, et en 1955, précisait, pour la première fois, les caractères de ce nouveau type d'internat. Enfin, en 1957, cette question a fait l'objet du congrès annuel de l'American Medical Association qui a organisé d'une manière pratique, *les stages hospitaliers des futurs omnipraticiens*.

Malgré une liberté très grande accordée aux hôpitaux dans le choix de leurs programmes, l'Association exige pour ce stage d'une durée de deux ans en général, une rotation répartie également entre les services de médecine et de chirurgie.

L'année « médicale » doit comprendre nécessairement l'étude de la médecine interne, de la pédiatrie, de la psychiatrie.

L'année « chirurgicale » sera surtout axée sur la traumatologie et la gynéco-obstétrique.

Pour éviter les écueils du « Rotating internship » provenant d'un rythme trop accéléré, chaque stage devra durer au moins trois mois.

La responsabilité accordée au résident omnipraticien sera exactement semblable à celle que l'on laisse à son collègue spécialiste et l'hôpital devra prévoir un nombre de postes suffisants pour permettre à chacun des résidents d'avoir ses propres malades. Ainsi les fonctions hospitalières de tous les résidents seront équivalentes et, en fait, semblables à celles d'un interne français nommé au concours d'une ville de Faculté. Seule variera la forme de l'enseignement dispensé parallèlement.

a) L'ENSEIGNEMENT DES SPÉCIALITÉS.

L'American Medical Association ne se borne pas à augmenter la responsabilité des résidents futurs omnipraticiens ni à leur recommander de multiplier les stages de spécialités pour se donner l'illusion d'acquérir une formation de généralistes. Lors de son congrès en 1957, elle a montré, en effet, que les possibilités de n'importe quel service hospitalier étaient assez vastes pour permettre l'organisation parallèle de deux enseignements distincts pour une même spécialité : l'un comprenant uniquement ce qui est indispensable au médecin praticien, l'autre plus complet destiné au futur spécialiste.

C'est ainsi, par exemple que s'est dégagée la notion d'une chirurgie du praticien, adaptée très étroitement aux problèmes particuliers qui se posent dans la pratique quotidienne d'un médecin isolé. Le stage chirurgical aura pour but de lui apprendre les limites qu'il ne devra pas dépasser et quand il devra faire appel au chirurgien. L'enseignement sera également orienté vers la petite chirurgie, et les soins pré et post-opératoires.

Le résident omnipraticien sera donc plus spécialement chargé dans l'hôpital des salles de petite chirurgie, et de traumatologie, et du traitement immédiat des urgences. Il laissera à son collègue spécialiste les aides opératoires et les problèmes d'anesthésie et de réanimation impraticables en clientèle de ville.

Les stages de gynéco-obstétrique ont été étudiés de la même manière en sachant qu'alors la formation du praticien peut se limiter en gynécologie chirurgicale aux diagnostics des urgences qu'il devra diriger au plus vite ; il est indispensable, par contre, qu'il apprenne à faire face par lui-même aux complications imprévisibles des accouchements eutociques, c'est-à-dire qu'en plus de la pratique de l'accouchement normal (y compris l'analgésie, l'application de forceps, la réanimation du nouveau-né, la révision utérine), le résident devra se familiariser avec le diagnostic des complications au cours du travail et avec le traitement des chocs et des hémorragies du post-partum.

Chacune des diverses spécialités doit être ainsi scindée en deux disciplines distinctes par un comité nommé par l'American Medical Association.

Cette étude est, à notre avis, d'une importance primordiale, puisqu'il d'agit de l'un des premiers essais faits pour organiser d'une manière pratique *un enseignement spécial pour le futur médecin praticien*. D'après un tel

schéma, il devrait être possible de répartir, dans chaque service hospitalier, les diverses activités entre les deux résidents, réservant à chacun la fonction et le travail le mieux adapté au type de pratique qu'il a choisi.

b) LES CONSULTATIONS EXTERNES : LEUR ROLE DANS L'INTERNAT.

Une autre manière d'adapter les Résidences aux besoins d'un futur praticien est de mettre l'interne au contact du type même de malades qu'il aura à traiter dans sa clientèle. Cela est possible dans un certain nombre d'hôpitaux américains où l'on a transformé le service de consultation externe en un Centre de diagnostic et de traitement pour malades ambulatoires.

Beaucoup plus fréquentées qu'en France, les « Outpatients departments » drainent aux États-Unis une part importante de l'activité médicale hospitalière. Pour un lit d'hôpital occupé, il y a à New York plus de 250 consultants, alors que les chiffres de l'Assistance publique de Paris ne donnent que 160 examens de « porte » pour une hospitalisation. Le rapport tombe même à 30 à Marseille. Destinées aux indigents et économiquement faibles, ces consultations ressemblent plus à un dispensaire. N'ayant qu'un lien tenu avec les services d'hospitalisation — ce n'est pas un centre de triage, mais un bloc autonome — elles manquent habituellement de prestige et les postes d'attachés de consultation sont actuellement peu demandés par le personnel médical de l'hôpital. La tendance actuelle est de transformer ce dispensaire pour pauvres en un véritable Centre de diagnostic pour malades payants, dirigé par une équipe de médecins praticiens, secondés par des résidents. L'activité du centre ne se limiterait pas aux soins des consultants mais son rayonnement se prolongerait au domicile du malade, lorsque l'état de celui-ci, sans nécessiter une hospitalisation, demande néanmoins une surveillance médicale prolongée.

Le plus renommé de ces « Departments of general practice » dépend du « New York Hospital ».

Les médecins de la consultation ont à leur disposition un équipement suffisant pour le diagnostic et le traitement des affections courantes ; ils peuvent adresser le malade aux spécialistes de l'hôpital et le faire hospitaliser si besoin en est. Mais l'originalité de ce Centre est la possibilité pour le malade de se faire soigner et suivre à domicile. Chacun des résidents est, en effet, par roulement, chargé d'un service de « garde en ville ». Il répond aux appels des patients qui ne peuvent venir consulter à l'hôpital et, d'après son examen, juge si une hospitalisation est nécessaire. Dans le cas contraire, il suivra son malade à domicile sous la direction d'un médecin praticien, pendant toute l'évolution de sa maladie.

Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur la valeur pratique pour un résident se destinant à la médecine générale, de ce service de soins à domicile ou « Home Care ». Il bénéficie ainsi, dans le cadre même de la fonction hospitalière, d'une expérience quotidienne de la médecine de ville.

Véritables stages complémentaires pour les futurs omnipraticiens, les

Résidences de médecine générale ne sont malheureusement qu'à l'état de projet. Elles représentent moins de 2 % de tous les internats spécialisés, et ne sont encore, la plupart du temps, qu'une simple prolongation d'un internat rotatif. Ceci explique le peu de succès que remportent ces postes auprès des gradués.

La création de deux postes distincts dans un même service, tel que le suggère l'American Medical Association, est une tentative trop récente pour que l'on puisse déjà avoir une idée de ses résultats pratiques. Une telle division des malades semble un peu artificielle; elle risque de freiner la bonne marche de l'ensemble du service et ne peut se concevoir que dans un groupe hospitalier suffisamment vaste. Plus intéressante est l'organisation de services de médecine générale dépendant des consultations externes et confiés aux résidents praticiens.

Quoi qu'il en soit, l'étude de l'internat américain, sous ses différentes formes nous a montré tout d'abord le succès d'un stage de perfectionnement post-scolaire que suivent plus de 95 % des médecins gradués et les efforts de l'American Medical Association pour améliorer la valeur éducative des années de pratique sous contrôle et pour en faire un enseignement complémentaire strictement en rapport avec la formation spéciale qu'exige l'exercice d'une médecine praticienne.

*
* * *

II. L'INTERNAT EN GRANDE BRETAGNE

A. RAPPEL DES ÉTUDES MÉDICALES EN GRANDE-BRETAGNE

La sélection des étudiants avant l'entrée dans une école de médecine existe ici comme aux États-Unis. Elle a pour but d'adapter le nombre des candidats médecins aux besoins médicaux de la nation. Ce chiffre, calculé chaque année, tient compte également des possibilités d'enseignement de chaque École. Le mode de sélection, assez variable selon les universités, comprend toujours une entrevue personnelle de l'étudiant avec le doyen et une composition écrite.

La durée des études médicales est de six ans et le programme est réparti en trois périodes séparées par un examen :

- L'année pré médicale, scientifique pure, correspond à notre P.C.B. ;
- La période « préclinique » ou étude de l'homme normal (anatomie, histologie, physiologie, physique et chimie biologique) s'étend sur deux ans ;
- Les trois dernières années sont dites « cliniques » et se passent dans un hôpital d'enseignement. L'étudiant a les fonctions d'un externe à plein temps et suit, dans le service, les cours théoriques d'anatomie-pathologie, de bactériologie, etc., et l'enseignement des spécialités.

Un examen terminal « registrable qualification » portant sur l'ensemble de la matière médicale, confère à l'étudiant le titre de médecin lui permettant de demander une *inscription provisoire* sur les registres de l'Ordre des médecins (General Medical Council). Mais il ne pourra exercer qu'après un stage interné d'un an comme « House officer » (1).

La critique générale des études médicales en Grande-Bretagne a été formulée récemment par la British Medical Association qui indiquait surtout le manque de corrélation entre l'étude des sciences fondamentales et l'enseignement clinique qu'un examen sépare artificiellement. Mais, sous l'influence de cette Association, se dessine actuellement un courant tendant à considérer la formation d'un praticien de médecine générale

(1) Le titre obtenu à la fin des études médicales est celui de bachelier en médecine ou en chirurgie (M.B. ou B.S.), ou encore à Londres celui de membre des Collèges royaux de médecine ou chirurgie (L.R.C.P. — M.R.C.S.). Le titre de Docteur en médecine ou de Maître en chirurgie (M. D. — M. S.), n'est obtenu qu'après un examen supérieur et soutenance d'une thèse.

comme une science autonome qu'il fallait enseigner à tous les étudiants, lors de leur dernière année, comme s'il s'agissait d'une véritable spécialité, et qu'il faudrait compléter par un enseignement complémentaire, post-universitaire, mais organisé et dépendant étroitement de la Faculté.

B. L'ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN

Dès 1950, un rapport de la British Medical Association traitant de la « Médecine générale et l'enseignement du praticien » (General practice and the training of a general practitioner), affirmait qu'alors que l'on admet généralement un médecin, se destinant à l'exercice d'une spécialité, s'astreigne à une préparation s'étendant sur plusieurs années après la fin des études médicales, de même il était indispensable qu'un enseignement complémentaire soit prévu et organisé pour le futur omnipraticien.

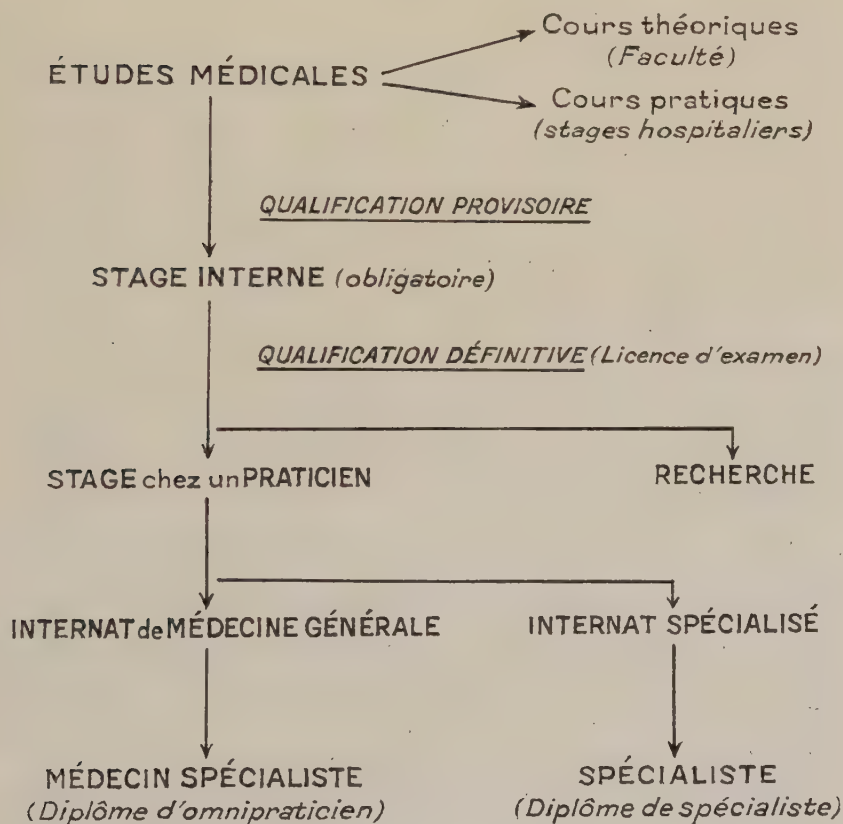
Il peut sembler abusif d'assimiler l'enseignement de la médecine générale aux diverses études spéciales telles qu'on les comprend en France. Il faut savoir qu'en Grande-Bretagne la notion de spécialiste n'a aucun caractère restrictif. Aucun texte ne régit les études nécessaires pour obtention de ce titre qui signifie seulement que le médecin a, volontairement, prolongé la durée de son éducation médicale, sans forcément limiter son intérêt à une branche donnée. Il devient donc logique d'admettre l'existence d'un enseignement spécial de médecine générale que la complexité de plus en plus grande de ce type de pratique a rendu nécessaire (cf., tableau I).

Confié à un doyen d'enseignement post-universitaire, nommé par l'École de médecine, l'enseignement du médecin praticien commence en cinquième année sous forme de cours théoriques et de visites de cabinets médicaux. Il se prolongera pendant trois ans devenant vraiment la « préparation spéciale d'un médecin praticien avant son entrée dans la pratique médicale ». Pendant la première année, le jeune médecin est placé comme « assistant » d'un praticien déjà installé. La deuxième année est consacrée à un stage d'internat, comme « Registrar » d'un hôpital régional. Le programme de la troisième année est facultatif et se répartit en diverses activités telles que, remplacements de médecin, nouveau stage chez un praticien. La British Medical Association accorde une grande importance à l'ordre des trois années. Elle considère, en effet, que psychologiquement, il est bon que le jeune gradué sente la différence qui existe entre l'internat post-universitaire et les stages hospitaliers qu'il a pu accomplir pendant ses études comme stagiaire interné, « House officer ». Il est donc désirable que le jeune médecin ait fait ses premiers pas dans la médecine de clientèle comme « assistant » avant de retourner à l'hôpital comme « interne ».

Cette connaissance préalable de la médecine de ville qu'un internat trop précoce aurait supprimée sera, d'autre part, pour lui une base de travail profitable à son perfectionnement, puisqu'elle lui aura appris des points particuliers sur lesquels sa formation universitaire a été incomplète.

Contact précoce du jeune médecin avec le type même de la pratique à laquelle il se destine, enseignement direct par les médecins praticiens déjà installés, tels sont les caractères originaux de l'internat post-universitaire en Grande-Bretagne.

TABLEAU I



Place de l'Internat post-universitaire en Grande-Bretagne
(d'après la *British Medical Association*).

Rendue possible par la transformation de la forme générale de l'exercice de la médecine qu'a entraînée l'institution du National Health Service, l'entrée des praticiens de médecine générale dans le cadre de l'enseignement de l'omnipraticien se répand de plus en plus en Grande-Bretagne. Une telle collaboration étant à la base même de l'internat, il nous a semblé utile d'en préciser les modalités.

a) Le rôle des praticiens dans l'enseignement complémentaire du jeune médecin anglais: chaires de médecine générale, trainee-assistantship.

Rien n'empêche, en Angleterre, un médecin praticien de poser sa candidature à n'importe quel poste hospitalier ou universitaire. Il n'existe en effet, aucun concours d'entrée et l'attribution des postes vacants se fait au choix.

C'est ainsi que de nombreuses Écoles de médecine ont confié à des praticiens des postes de « lecturers » ou chargés de cours. Ils sont chargés de donner aux étudiants de sixième année, parallèlement à l'enseignement qu'ils reçoivent des diverses spécialités, O.R.L., stomatologie, etc., une première idée des problèmes qui se posent aux praticiens de médecine générale. Il s'agit, habituellement, de discussions entre le médecin et un petit groupe d'élèves, où sont traités d'une manière pratique des sujets tels que le diagnostic et le traitement des affections communes dont seules les formes compliquées ont été examinées par l'étudiant à l'hôpital. Les affections chroniques, la gériatrie, l'organisation matérielle et l'équipement du cabinet médical font également l'objet d'entretiens.

Parfois facultatifs et considérés comme accessoires, ces cours de médecine générale peuvent durer, comme à Edimbourg, pendant toute l'année et se terminer par un examen. Un tel enseignement existe depuis fort longtemps en Grande-Bretagne, puisqu'en 1935, St. Mary's College à Londres organisait déjà un « General practice Scheme ». Pratiquement toutes les Écoles ont suivi cet exemple et en 1953, 25 écoles sur 28 avaient une Chaire de médecine générale.

La chaire de médecine préventive fait bénéficier également les étudiants de sixième année d'un contact précoce avec la médecine praticienne. Nous avons déjà parlé de l'organisation du Home-Setting aux États-Unis et de l'intérêt d'une telle expérience pour les résidents de médecine générale. Imitant cet exemple, de nombreuses universités anglaises et en particulier celle d'Edimbourg depuis très longtemps et récemment celle de Dundee organisent dans le cadre de l'activité extra-hospitalière, des consultations externes, des visites de cabinets médicaux et des équipes d'aide médico-sociale dont profitent utilement les étudiants de fin de scolarité.

Ayant ainsi pris en main le jeune gradué, avant même la fin de ses études médicales, le praticien est tout désigné pour prolonger son rôle de moniteur, pendant la formation proprement dite du futur omnipraticien. Ce contact du jeune avec un confrère chevronné est tentant. « Après avoir appris l'art médical à l'hôpital et à la faculté, il en trouvera l'application à l'extérieur. Remplacement avec un professeur. Le malade dans son milieu normal. Cette expérience irremplaçable est une excellente formule de transition entre la scolarité et la clientèle ». Tel est l'esprit de l'année de stage chez un praticien, qui, selon les conseils de la British Medical Association, doit être la première année de la formation spéciale du médecin praticien.

Les termes du contrat liant les deux médecins peuvent être difficiles

à définir. Le jeune gradué ne peut être considéré comme « apprenti », puisqu'il a déjà le titre de médecin et qu'il pourrait légalement exercer. Il n'est pas non plus un « assistant », puisque ce terme sous-entend, en Grande-Bretagne, une association où les deux parties sont sur un même plan hiérarchique ; seule varie l'importance numérique de leur liste de malades, telle que l'a définie le National Health Service. L'expression anglaise de « Trainee-Assistant » rend parfaitement la notion d'une collaboration en vue d'un perfectionnement, d'un exercice sous contrôle. Plutôt qu'une traduction inexacte, nous avons préféré garder le terme original.

Institué depuis plusieurs années en Grande-Bretagne, ce stage a reçu l'appui du gouvernement qui subventionne ce type d'association. Le praticien « trainer » reçoit une prime pour la peine qu'il prend à initier son jeune confrère. Le « Trainee-Assistant » reçoit le traitement qu'il pourrait obtenir comme interne dans un hôpital.

Le principe général ayant été admis et reconnu officiellement par l'État, il a été nécessaire de préciser les modalités pratiques de ce stage. La British Medical Association s'est chargée de ce soin, mais en a montré la difficulté. Il est impossible en effet, actuellement, de donner un programme type d'un stage chez un praticien ; chaque médecin doit avoir sa propre méthode d'enseignement d'après le type de sa clientèle, ses goûts personnels et la personnalité de son élève. C'est là, peut-être le défaut de la méthode qui repose essentiellement sur les qualités pédagogiques d'un médecin non préparé à cette tâche supplémentaire. On avait envisagé la possibilité d'un contact strictement professionnel, se bornant à des visites ou consultations en commun, sans mélange à la vie domestique. Mais une telle conception supprime une partie importante de l'expérience du « Trainee-Assistant » qui vit en dehors de l'« urgence » et ne connaîtra rien du mode de vie particulier du médecin isolé et de ses exigences. La cohabitation, malgré les difficultés pratiques qu'elle entraîne, s'impose donc. Elle ne résout pas tout. Quelle doit être, par ailleurs, la part de responsabilité laissée au stagiaire ? Doit-il seulement accompagner le « Trainer » et apprendre en l'observant passivement et en l'écoutant ? Doit-il, au contraire, être lancé progressivement sur le chemin de l'urgence qu'il aura à débrouiller seul ?

Mais ne risque-t-on pas alors de tomber dans l'abus d'un remplaçant camouflé ? La méthode préconisée, le plus souvent, tend à maintenir un contact presque constant. Le stagiaire voit les malades déjà suivis par le « Trainer » et fait un rapport de constatations, ce qui permet une discussion en commun.

La part importante laissée aux qualités pédagogiques du « Trainer » a rendu nécessaire une sélection des médecins se proposant comme moniteurs. Un comité nommé dans chaque École par le Doyen d'enseignement post-universitaire doit juger, si le praticien est capable de former un élève. Il doit être bon médecin et avoir déjà exercé depuis cinq ans au moins ; ne pas être surchargé de travail, mais avoir cependant un recrutement suffisant. Il doit, enfin, être honnête et considérer son « poulain » comme

un élève à former et non pas comme un « aide » qu'il n'aurait pas à rémunérer.

Encore à l'état de projet, les stages chez un praticien sont appelés à avoir en Grande-Bretagne, avec l'appui de la British Medical Association, un développement important. Cet essai a fait récemment l'objet d'une enquête organisée par le « College of general practitioners », groupement très puissant réunissant la plupart des praticiens de médecine générale. Il s'agissait, tout d'abord, de savoir si les médecins étaient favorables ou non au principe général d'un stage chez un praticien :

plus de 80 % (sur 2 000 réponses) ont été POUR

Il leur était demandé d'autre part si à leur avis, cette expérience serait plus profitable avant la fin des études médicales comme stage de sixième année entrant dans le cadre de la chaire de médecine générale, ou si, au contraire, il fallait en faire, comme le recommande la British Medical Association, l'un des éléments du perfectionnement post-universitaire du futur omnipraticien.

— COMME STAGE DE 6^e ANNÉE

90 % POUR

dont 16 % ont déjà pris un étudiant dans leur cabinet ;
70 % seraient d'accord pour accepter un étudiant.

— COMME STAGE POST-UNIVERSITAIRE

65 % POUR

dont 14 % ont déjà formé un jeune gradué ;
40 % voudraient être admis comme moniteurs.

à noter que 63 % critiquent la forme actuelle du stage dont ils aimeraient voir modifier les modalités.

b) L'internat hospitalier, deuxième année de la formation du praticien.

Nous avons étudié longuement l'un des aspects de l'enseignement complémentaire du jeune gradué en Angleterre. Nous avons vu les difficultés de l'organisation pratique d'une année de stage chez un praticien et d'une manière générale de l'enseignement direct par les praticiens déjà installés. Mais cette expérience n'est qu'une partie du programme préconisé par la British Medical Association ; elle doit être complétée, en effet, par un internat hospitalier.

Celui-ci sera de type rotatif, c'est-à-dire divisé en périodes de deux à trois mois passées dans les différents services de médecine et de chirurgie d'un Centre hospitalier. Le « Registrar » a les fonctions d'un interne français, prend les gardes de nuit, et est rémunéré à plein temps. Plutôt que de choisir un poste dans un hôpital d'enseignement, la British Medical Asso-

ciation recommande à l'interne de chercher une place dans un hôpital régional, de moindre importance, mais où il aura plus de chances de rencontrer la pathologie courante qui lui est nécessaire de connaître.

Le programme de la dernière année de l'enseignement complémentaire est facultatif. Le médecin pourra se consacrer comme interne senior, à une branche spécialisée qui l'intéresse particulièrement (oto-rhino, pédiatrie, obstétrique). Il peut, s'il le préfère, apprendre dans les services de laboratoire de l'hôpital, les limites et les possibilités qu'un médecin praticien doit attendre d'un examen complémentaire. Si, au contraire, il juge qu'une nouvelle expérience de la médecine de clientèle lui serait profitable, il peut remplacer pendant quelques mois un confrère déjà installé.

Entrant réellement dans les attributions des Écoles de médecine, l'organisation pratique d'un enseignement de la médecine générale, comme s'il s'agissait d'une véritable spécialité, est l'une des préoccupations actuelles des différents groupements professionnels en Grande-Bretagne. La création de « chaire de médecine générale », l'existence de Doyens d'enseignement post-universitaire, l'appui financier qu'apporte le Gouvernement à une année de pratique sous contrôle, sont des réalisations pratiques qui montrent bien l'intérêt que porte le National Health Service au perfectionnement des médecins qui feront partie de ses services.

* * *

III. L'INTERNAT EN RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE ALLEMANDE

Les deux types d'internat, que nous venons de prendre comme exemples, nous ont montré la tendance actuelle qu'ont les pays anglo-saxons de placer le plus possible l'étudiant dans le milieu où il aura à exercer ; cette expérience, commencée précocement lors des années universitaires, est complétée par des stages post-scolaires. En Allemagne, nous allons le voir, le problème est tout différent. Le but de l'École de médecine est d'enseigner à l'étudiant ce qu'est la médecine, laissant l'enseignement post-universitaire lui apprendre ce qu'est le malade. Cette manière de voir a été rappelée récemment par le docteur Hans Schaeffer, président de la Commission allemande pour la réforme des études médicales, dans une mise au point de *La Revue de l'enseignement supérieur*. « Il ne saurait être question de considérer encore la médecine comme une science qui pourrait, en six ans, être enseignée dans sa totalité. Si on se décide pour un choix... la question est de savoir sur quels principes se fera la sélection. (En Allemagne) nous avons à cœur de poser les bases d'une spécialisation ultérieure dans n'importe quelle discipline (la médecine générale en est une)... L'acquisition des techniques doit être réalisée après les études médicales proprement dites, pendant une période de stage pratique. C'est un non-sens de faire empiéter cette formation pratique sur le temps des études universitaires... Au contraire, il faut enseigner aux étudiants la façon d'acquérir des connaissances et de juger avec un esprit critique... (Notre but est) la formation d'intellectuels doués de jugement ». Voilà une excellente définition du système de base des études médicales, qui repose sur le « principe académique ». Axé sur la grande leçon, il ne laisse aucune place à l'enseignement pratique qui s'acquiert pendant un internat post-scolaire qui devient de ce fait obligatoire.

A. RAPPEL DES ÉTUDES MÉDICALES EN RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE ALLEMANDE

Après deux années précliniques consacrées à l'étude des sciences fondamentales et terminées par un « Physikum », examen propédeutique médical, l'étudiant entre dans les années dites « cliniques », qui s'étendront sur trois ans. Il s'agit de l'enseignement de la Pathologie qui restera uniquement théorique, sous la forme de leçons en Amphithéâtre, pendant

lequel le professeur se borne à l'exposé du problème. Ces cours incitent l'étudiant à réfléchir et « lui apprennent à se faire une idée des controverses qui peuvent exister » sur la question traitée. Son activité hospitalière se borne à acquérir des notions à distance, comme auditeur passif. Des présentations de malades en amphithéâtre, des visites en commun complètent le programme. L'enseignement des spécialités se limite, en général, à des cours théoriques sur les méthodes d'exploration.

Un essai a été tenté pour rapprocher l'étudiant de la salle de malades ; des cours d'auscultation et de percussion sont prévus pour les étudiants de sixième année. Mais il s'agit, en réalité, d'un exercice pratique en groupe sous la surveillance d'un moniteur, ne laissant aucune responsabilité à l'étudiant.

Le seul contact de l'étudiant avec la salle de malades pendant cinq années de Faculté est la « Famulatur », stage obligatoire de trois mois, passé comme externe dans un service hospitalier. Il a lieu paradoxalement, pendant les vacances universitaires et peut se faire dans un hôpital au choix de l'étudiant, qui s'inscrit, en général, non pas dans l'hôpital d'enseignement où il pourrait être encadré par des moniteurs, mais dans l'hôpital régional de sa localité, où n'est prévu aucun enseignement coordonné (1).

Là se borne le rôle éducatif de la Faculté qui, considérant la médecine comme une science semblable à celles que l'on enseigne dans les autres Facultés (Droit, Lettres, Sciences) n'a pas à se préoccuper de l'application pratique des matières traitées. L'examen terminal, « Staats examen », juge uniquement la culture médicale de l'étudiant, sa formation de base qui, reconnaissons-le, est excellente, mais non son comportement devant une situation pratique. Il confère le titre universitaire de diplômé de la Faculté de médecine et non le droit à l'exercice de la profession. L'approbation « définitive » ne sera obtenue qu'après un stage post-scolaire de deux ans minimum comme « *Medizinal-Assistent* ».

B. APPLICATION PRATIQUE DE LA SCIENCE MÉDICALE : L'INTERNAT POST-UNIVERSITAIRE OBLIGATOIRE

Légalement reconnu par une loi passée au Parlement, le « Medizinal assistentheit » n'est pas seulement un stage de perfectionnement recommandé par une Association médicale, mais le premier contact du jeune médecin avec le malade, volontairement repoussé, au-delà des cinq années de Faculté et entrant, de ce fait, dans le cadre des internats post-universitaires.

Original dans son esprit, l'internat allemand ne l'est pas dans sa forme. La situation d'un « assistant » correspond à peu de chose près à celle d'un interne français. L'ordre des différents stages est facultatif mais aucun ne doit dépasser dix mois. Le jeune médecin doit, en effet, passer au moins

(1) Notons également un stage de deux mois comme élève-infirmier à plein temps, que le candidat médecin doit suivre pendant la première année des études.

six mois en Médecine générale, quatre mois dans un service de chirurgie et quatre mois dans une clinique d'accouchement. L'interné est appointé par l'hôpital qui trouve rarement des collaborateurs bénévoles, bien que le texte de loi ne précise aucune indemnité pour l'« assistant ».

Un stage chez un praticien déjà installé, semblable à celui qui existe en Grande-Bretagne, peut remplacer un stage de spécialité. Jusqu'à l'année dernière, l'interné devait, en effet, passer trois mois au moins chez un médecin de préférence rural. Cette loi vient d'être abrogée, mais cette pratique est encouragée par le gouvernement qui dresse la liste des médecins se proposant comme moniteurs et accorde une prime au stagiaire.

Limité à deux ans, l'internat peut sembler insuffisant pour former complètement un praticien de médecine générale. En réalité, ce minimum légal est prolongé de fait, pour tous les médecins désirant être agréés par les caisses des Assurances Sociales, c'est-à-dire par la majorité des praticiens allemands.

C. LES MÉDECINS DES CAISSES

Créées par Bismarck en 1883, les Assurances sociales dépendent d'un organisme privé, reconnu par l'Etat, qui groupe plus de 83 % de la population active. En échange d'une prime proportionnelle au salaire et généralement élevée, les adhérents bénéficient de la gratuité des soins médicaux, lorsqu'ils s'adressent aux médecins agréés par les caisses. Ces « Kassenärzte » sont honorés directement par les Assurances, sur une base bien médiocre non révisée depuis 1924 et variant avec la morbidité moyenne (1). Outre la gratuité des soins, le régime d'assurances prévoit le remboursement des frais d'examens de laboratoire et les produits pharmaceutiques. Un maximum, calculé par mois et par malade, ne peut être dépassé — le supplément étant payé directement par le malade — et pratiquement le médecin ne peut traiter que les affections courantes. Il doit diriger, la plupart du temps, son malade vers l'hôpital où la prise en charge est totale.

Malgré l'insuffisance des honoraires proposés par les caisses, les médecins doivent accepter leurs exigences ne pouvant limiter leur clientèle aux malades payants non assurés (moins de 15 % de la population).

L'admission sur la liste des médecins agréés n'est pas immédiate et demande en général une attente de deux ou trois ans. Le postulant vient grossir le nombre des « Arbeitslos », médecins sans travail ; il ouvre un cabinet, mais l'insuffisance de la clientèle lui permet de consacrer tout son temps à un poste d'assistant bénévole dans un hôpital, ou chez un médecin déjà agréé, prolongeant ainsi, bien malgré lui, la durée de son perfectionnement post-scolaire avant l'installation définitive.

(1) La somme destinée au Service médical est répartie entre les différents médecins au prorata de leur activité. Le chiffre global des honoraires à verser est calculé statistiquement pour chaque région et ne peut être dépassé en cours d'année ; il en résulte que le coefficient de base de l'acte varie et peut baisser par exemple en cas d'épidémie.

IV. L'HOPITAL ET LES INTERNATS

Nous avons jusqu'à maintenant montré par un certain nombre d'exemples comment on arrivait à la notion d'un enseignement complémentaire du médecin praticien, destiné à compléter une formation pratique le plus souvent insuffisante à la fin des études médicales. Ce perfectionnement pouvait être volontaire ou obligatoire, commun pour tous les médecins quelle que soit la discipline à laquelle ils se destinent, ou mieux, adapté à chaque type de pratique — et l'on pouvait parler, dans ce cas, d'enseignement « spécialisé » du futur omnipraticien. De toute façon, nous en sommes arrivés à admettre l'importance d'une période de pratique sous contrôle, qui, le plus souvent est un stage d'internat, axé sur un service hospitalier. Mais l'hôpital, dont la raison première reste toujours le soin des malades, ne peut, dans tous les cas, fournir les conditions idéales pour la formation d'un jeune médecin. Un poste d'interne est, en effet, une fonction hospitalière qui cumule par définition deux types d'activités : d'une part, le rôle ingrat normalement réservé à l'échelon inférieur de l'échelle hospitalière (prise de l'observation des malades, comptes rendus opératoires, travail de routine des gardes de nuit) et qui n'a bien entendu, aucune valeur éducative ; et d'autre part, un enseignement pratique qui, n'entrant pas dans les fonctions habituelles de l'hôpital, doit faire l'objet d'une organisation particulière. Organiser un internat, c'est donc prévoir un organisme chargé de contrôler l'équilibre entre les deux fonctions de l'interne et s'assurer qu'un certain nombre d'hôpitaux peuvent mener à bien un rôle d'enseignement.

Notre but n'est pas d'étudier la question des hôpitaux universitaires, dépendant directement des écoles de médecine et servant surtout à l'enseignement clinique des étudiants, mais de voir comment sont choisis les hôpitaux dans lesquels le jeune médecin pourra trouver le perfectionnement clinique qu'il désire.

Lorsque, dans un État, le réseau hospitalier est public et dépend du Service de santé, le contrôle est facile. En Grande-Bretagne, par exemple, tous les hôpitaux appartiennent depuis l'institution du National Health Service au Ministre de la Santé, qui a classé le capital hospitalier d'après le recrutement et l'importance des services spécialisés. On a ainsi établi que certains hôpitaux seraient chargés en plus du soin des malades, de l'enseignement et de la recherche. Parmi les « Teaching Hospitals » les uns ont été réservés aux étudiants, les autres, plus spécialement adaptés au perfectionnement des gradués, peuvent offrir des postes d'internes et de registrars.

En France, la législation hospitalière en vigueur depuis 1941, tout en maintenant l'autonomie d'administration et de gestion des établissements hospitaliers, affirme l'autorité supérieure de l'Etat, quant au contrôle et à la coordination de la politique hospitalière ; c'est ainsi qu'a pu être instituée l'obligation d'une hiérarchisation des hôpitaux selon leur importance, leur qualité, leur rayon d'action. Seuls les Centres Régionaux ont été chargés de la fonction d'enseignement.

Les États-Unis, par contre, nous donnent un exemple de la difficulté de l'organisation pratique de l'internat lorsque la plupart des hôpitaux sont privés.

Certaines écoles possèdent leur propre hôpital dont elles gèrent directement le budget et les différentes activités. Ce sont les « University owned hospitals » qui, en théorie, devraient être le plus à même à former des internes, puisque leur administration dépend totalement du doyen de l'École qui peut en diriger l'enseignement. Mais il s'agit souvent de petits hôpitaux à faible recrutement. Ils sont considérés, d'autre part, comme appartenant à l'État et reçoivent surtout des indigents. La plupart des écoles doivent donc compléter leur « capital d'enseignement » en s'affiliant à des hôpitaux privés qui, en échange d'avantages matériels, offrent une partie de leurs lits. Les contrats d'association sont complexes ; ils portent sur le plan financier mais supposent ainsi une liaison administrative permettant à l'école de choisir le personnel médical, ou tout au moins de contrôler s'il est capable de superviser et de diriger le travail des internes. Certains hôpitaux, les « Integrated or applicated hospitals » acceptent aussi bien les étudiants que les graduates. Ce sont les véritables hôpitaux de l'enseignement.

D'autres, les « Associated Hospitals » proposent seulement des postes d'internes ou de résidents. Ils nous intéressent plus spécialement.

Souvent situés à de grandes distances de la ville universitaire, ils ont peu de contact avec la Faculté de médecine. Un contrôle sévère est donc nécessaire pour garantir la qualité des internats. Le personnel médical est généralement appointé par l'École, mais c'est insuffisant, car les hôpitaux américains souffrent actuellement d'une pénurie de médecins et augmentent exagérément les traitements pour s'attirer des auxiliaires malgré l'insuffisance de leur programme d'enseignement.

Le Council of medical education and Hospitals, dont nous avons déjà parlé a pour but de mettre en garde les gradués contre cette pratique et limitant son « approbation » aux parties de valeur, défend la qualité générale des internats.

On peut s'étonner de la complexité d'une telle organisation et se demander s'il ne serait pas plus simple de supprimer les multiples « affiliations » — parfois une dizaine pour une seule école — et d'adapter judicieusement les grands services hospitaliers aux nécessités de l'enseignement des internes. Mais le problème est plus complexe, car le nombre de lits utilisables dans un service même important est faible et limite le nombre des postes d'internes.

La clientèle hospitalière s'est, en effet, depuis quelques années, pro-

fondement modifiée. La majorité des lits n'est plus actuellement occupée par des indigents, mais par des malades privés qui, grâce à une assurance maladie, peuvent payer directement les honoraires d'un médecin. Ils exigent d'être traités personnellement par le praticien qu'ils ont choisi et n'acceptent pas d'être confiés aux résidents. L'assurance-hospitalisation se répand de plus en plus et plus des deux tiers de la population en bénéficient actuellement. Il en résulte une diminution nette de la responsabilité des internes qui se voient condamner la plupart des lits de leur service. Cette situation risque de devenir dramatique aux Etats-Unis, réduisant d'une manière sensible le capital hospitalier utilisable pour l'enseignement.

Au Canada, et en particulier dans la région de Québec, la disparition des malades indigents est encore plus nette et il devient même difficile d'assurer l'enseignement des stagiaires « Clinical Clerkships ».

Les universités de Québec et de Montréal ont affilié ces dernières années trois nouveaux hôpitaux et doivent envoyer les résidents faire leurs stages de perfectionnement soit en France, soit aux Etats-Unis.

En Belgique, le problème de l'hôpital d'enseignement est également crucial. Jusqu'aux dernières décades, l'enseignement des futurs médecins était centré sur le fait qu'en vertu d'accords passés entre les Universités et les Conseils d'administration des hôpitaux, les étudiants, puis les internes, avaient accès dans les salles de certains hôpitaux spécialisés dits hôpitaux universitaires. La presque totalité des lits étaient à l'époque occupés par des malades non payants. Dès 1920, des groupements mutualistes construisirent des instituts de traitement qui absorbèrent une partie de la clientèle des hôpitaux publics. La situation s'est brusquement aggravée en 1945, lorsqu'une loi d'Assurance sociale a permis, à pratiquement toute la population, de couvrir les frais d'hospitalisation. Le recrutement des hôpitaux publics et des hôpitaux universitaires, s'est gravement réduit; les assurés sociaux préférant s'adresser à des cliniques privées plus modernes et moins chères. C'est ainsi qu'à Bruxelles, le coefficient d'utilisation des hôpitaux, Saint-Pierre et Brugman, habilités à recevoir les internes, est très faible et n'atteint pas 50 % de leur possibilité (1 450 lits). A Liège, les cliniques privées possèdent 45 % des lits d'hospitalisation avec un coefficient d'utilisation maximum. La situation était telle qu'en 1950, on avait envisagé de fermer l'un des hôpitaux universitaires, le Brugman à Bruxelles.

C'est alors que l'on a étudié la possibilité de créer des hôpitaux gérés par les universités et vivant de leurs propres ressources. L'importance des charges sociales, les frais occasionnés par l'enseignement et la recherche ont rendu le problème insoluble. Il a fallu se contenter d'une solution provisoire et équiper certains services spécialisés d'un appareillage ultra-moderne. Ces services pilotes, réservés aux résidents ont attiré une clientèle suffisante, mais ont augmenté faiblement le potentiel général des hôpitaux belges, puisqu'il s'agit seulement d'un nombre réduit de départements spécialisés. L'Académie royale a d'autre part formulé le vœu que le gouvernement prévoie un statut spécial permettant aux hôpitaux universitaires de bénéficier d'un appui financier et de concurrencer ainsi les cliniques

privées plus richement outillées. Rien n'est encore définitif et la situation générale de l'internat est grave en Belgique.

Une solution ingénieuse à un problème similaire a été trouvée aux Pays-Bas. Il est prévu, en effet, à Utrecht et à Amsterdam, un service central d'admissions, coordonnant l'activité des hôpitaux tant publics que privés. Ce centre répartit les malades dans les divers services selon les places disponibles et donne ainsi une activité suffisante aux résidents des hôpitaux universitaires qui ne sont plus concurrencés par les cliniques.

DEUXIÈME PARTIE

L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DU MÉDECIN PRATICIEN

« L'éducation médicale ne se termine pas à la fin de l'École de médecine ; elle ne fait alors que commencer » a pu écrire W.H. Welch, auteur américain, qui voyait ainsi dans l'enseignement du médecin déjà diplômé l'aboutissement normal du cycle des études universitaires.

Dans la première partie de notre étude, nous avons voulu montrer que le tronc commun des études médicales ne suffisait plus actuellement à donner au jeune diplômé la formation pratique qu'aurait exigé son installation immédiate comme médecin praticien. Aussi, partout dans le monde, ont été prévus des stages hospitaliers post-scolaires, destinés à parfaire l'expérience pratique du futur omnipraticien. Définir les règles pédagogiques d'un internat a été chose facile, car, s'il s'agit déjà de l'une des formes de l'enseignement post-universitaire, cette période de perfectionnement se rapproche par de nombreux points de l'enseignement médical proprement dit.

Mêmes centres universitaires — les hôpitaux et les écoles se chargeant habituellement, sauf rares exceptions, de la formation de l'omnipraticien, prolongement immédiat du cycle normal des études — but similaire puisque l'interne, le résident, médecin retardant volontairement son entrée dans la pratique médicale active, a comme l'étudiant un seul désir — s'installer comme médecin praticien — enfin, méthodes pédagogiques semblables, puisque le jeune diplômé peut consacrer tout son temps à son perfectionnement, et ceci pendant une période relativement longue.

La difficulté, par contre, est venue lorsque nous avons voulu isoler un enseignement complémentaire de l'omnipraticien, qui serait distinct de la formation des spécialistes et des divers programmes destinés à élever le médecin dans l'échelle sociale de la profession (diplômes supérieurs, troisième cycle des études). L'étude des programmes des « Cours de perfectionnement » nous a montré, en effet, qu'il s'agissait trop souvent d'une forme particulière des études spéciales, et nous nous sommes rendu compte que

l'enseignement hospitalier était rarement adapté aux besoins d'un généraliste. Les résidences américaines, les postes de « registrars » des hôpitaux anglais, enfin l'internat français offrent certes une excellente formation clinique, mais qui reste habituellement le privilège d'une élite se destinant plutôt à la spécialisation, voire même à l'enseignement ou à la recherche qu'à la simple clinique praticienne. Préciser comment les universités et les hôpitaux d'enseignement pourraient adapter au mieux leurs méthodes et leurs possibilités cliniques aux aspects particuliers de la formation de l'omnipraticien a été le but de notre étude. Nous avons pensé qu'il était intéressant de décrire quelques-unes des réalisations étrangères en particulier les internats et résidences de médecine générale, les stages chez un praticien, véritable spécialisation de « médecine générale », certaines d'entre elles peuvent éventuellement être imitées en France.

Mais l'éducation du médecin n'est pas terminée au moment de son installation. Nous pensons inutile d'insister sur la nécessité d'un enseignement continu du médecin et il suffit de rappeler l'extrême rapidité de l'évolution des techniques de diagnostic et des procédés thérapeutiques, le danger d'un acte professionnel même simple, lorsqu'il est trop souvent répété par routine sans être rafraîchi périodiquement par une révision des connaissances de base, pour démontrer d'une manière suffisante que le médecin, ses études terminées, est encore obligé d'apprendre. Quelles sont donc les modalités de cet enseignement qui doit s'adresser à des praticiens n'ayant ni le désir ni la possibilité matérielle de quitter pour une période prolongée l'exercice de leur profession ? Totalement différent de l'enseignement destiné aux étudiants — et ceci parce que ceux qui en sont l'objet posent des problèmes très particuliers — le perfectionnement continu du médecin praticien obéit à des règles spéciales qu'il nous faut maintenant indiquer.

L'ORIGINALITÉ DU MÉDECIN-ÉTUDIANT.

Elle a été décrite par le docteur Vollan en tête d'un rapport sur l'enseignement post-scolaire aux États-Unis.

« Le médecin praticien est distinct de l'étudiant et même de l'interne préparant une spécialité, et tout d'abord en raison des motifs qui le poussent à s'instruire. Alors que, lors des études médicales, une récompense tangible vient couronner les efforts et le temps consacrés, lorsqu'il s'agit d'enseignement post-scolaire, le résultat final n'est par définition, ni un diplôme, ni quelque autre preuve matérielle d'un niveau supérieur, mais seulement une satisfaction personnelle qui ne peut être chiffrée d'une manière objective.

Certains médecins sont mus par un désir sincère d'accroître leur savoir, pour mieux remplir leur devoir professionnel ; d'autres, par la crainte de se voir reprocher — par leurs confrères ou devant la loi — de n'avoir pas pratiqué une médecine suffisamment moderne. Il peut s'agir, enfin, de la simple curiosité, le médecin désirant se tenir au courant non seulement parce qu'il est embarrassant d'être incapable de répondre aux questions

des malades ou des confrères, mais encore parce que le désir d'exceller dans une branche est un trait fondamental de la nature humaine.

Forme d'éducation d'adultes, l'enseignement post-universitaire obéit par ailleurs à des règles pédagogiques spécifiques. Le médecin est déjà au courant des problèmes qu'on envisage pour lui et soumet continuellement *le fait pur* au moule de *l'expérience qu'il a acquise*. Il repose ainsi les principes de base en les considérant sous l'angle de leur utilisation pratique. L'exercice quotidien lui a fait prendre conscience de ses lacunes et il cherche l'occasion d'y remédier en notant des points de détail qui pourraient paraître sans intérêt à l'étudiant.

Enfin, plus intensément médecin que vraiment étudiant, le praticien, lorsqu'il retourne à la Faculté, garde toujours à l'esprit la responsabilité qu'il assume vis-à-vis de ses malades. Devant faire coïncider son perfectionnement avec la charge d'une clientèle, il veut que chaque instant soit utilisé et ne peut le gaspiller. Ce facteur de concentration de l'attention, de l'intensité de travail s'oppose à l'attitude habituelle de l'étudiant qui a devant lui plusieurs années d'études ».

ENSEIGNEMENT DU PRATICIEN DÉJÀ INSTALLÉ.

Notion encore récente, l'enseignement du médecin déjà installé, véritable formation post-universitaire, n'a pas encore atteint son développement optimum. La principale raison, semble-t-il, est la difficulté qu'on a à définir les limites nosologiques et les règles pédagogiques de cette forme bien spéciale d'éducation d'adulte. Ces bases étant établies, on pourra se demander utilement par qui cet enseignement devrait être donné et à qui en incomberait l'organisation centrale.

« L'information quotidienne du praticien » un des aspects les plus répandus de l'enseignement postuniversitaire, nous occupera en premier lieu. La lecture de revues médicales, l'information thérapeutique que fournissent les firmes pharmaceutiques, offrent certes la possibilité d'un perfectionnement continu, puisque ces activités entrent facilement dans le plan de travail journalier. Mais l'enseignement écrit, laissant le médecin autodidacte, risque de pécher par manque de direction, si les rédacteurs des publications scientifiques et des brochures publicitaires ne s'astreignent à certains principes pédagogiques indispensables que nous essayerons d'indiquer. L'enseignement réciproque, les contacts professionnels dirigés, et plus encore les multiples formes de l'enseignement organisé, soit théorique oral — cours, conférences, journées d'étude — soit pratique, donné dans le cadre d'un service hospitalier, constituent l'enseignement systématique, qui doit nécessairement compléter l'information personnelle du praticien. Nous en indiquerons les grands principes que des travaux américains récents ont permis de clarifier. Ils découlent directement des caractères particuliers de ce type spécial d'étudiant qu'est le médecin praticien installé.

La difficulté de l'organisation pratique sur une vaste échelle de cette forme d'enseignement, en raison des servitudes que sa nature même impose fera l'objet de la troisième partie de notre étude. Nous verrons ainsi, par

des exemples pris dans les pays anglo-saxons, en Allemagne et en U.R.S.S., comment les associations médicales de ces pays ont pu réduire les temps morts imposés aux praticiens lorsqu'ils doivent venir aux enseignants, vaincre la passivité naturelle du médecin qui hésite à quitter sa clientèle — et ceci, en favorisant une émulation mutuelle, en accordant des avantages matériels, voire même dans certains cas en « imposant » légalement un perfectionnement périodique.

* * *

I. L'INFORMATION QUOTIDIENNE DU MÉDECIN PRATICIEN

A. L'ENSEIGNEMENT ÉCRIT

LA LITTÉRATURE MÉDICALE DU MÉDECIN PRATICIEN

La lecture de revues et d'ouvrages médicaux est à l'heure actuelle le mode d'enseignement post-universitaire le plus répandu, le seul perfectionnement de la majorité des médecins. L'enseignement systématique du médecin suppose, en effet, un réseau complexe d'écoles post-universitaires, d'hôpitaux d'enseignement, de sociétés savantes qui n'existe pas partout dans le monde et doit le plus souvent être créé de toutes pièces. Les publications médicales par contre, franchissent les limites des frontières et apportent à de nombreux pays l'enseignement post-scolaire indispensable, qui ne pourrait autrement être organisé sur un plan national. Dans les pays plus développés médicalement, où sont prévus des programmes de « rafraîchissement », l'abonnement à une revue médicale demeure néanmoins le moyen le plus fréquemment utilisé par le médecin pour se tenir au courant. Entrant naturellement dans ses activités quotidiennes, ne l'obligeant à aucun déplacement, la lecture même rapide d'un périodique lui fournit l'information de base et le renseigne sur les découvertes médicales indispensables à connaître. S'il sait conserver et classer logiquement cette masse de documents, il se constitue la bibliothèque personnelle strictement adaptée à ses besoins. C'est dire l'intérêt d'une étude de l'enseignement écrit qui constitue bien souvent l'unique activité post-scolaire de bien des médecins.

Une étude comparative des divers aspects de la littérature médicale dans le monde ne ferait ressortir que de faibles différences. Les publications médicales répondent, en effet, à des règles générales, que n'influence guère le type de pratique ou les habitudes nationales.

Nous nous bornerons donc à indiquer rapidement quels sont les organismes chargés de la rédaction et de la diffusion des publications médicales, qui peuvent être selon les cas, des sociétés privées ou des institutions nationales. Nous envisagerons, par contre, plus longuement les divers problèmes qui se posent, lorsque l'on veut adapter l'enseignement écrit au besoin d'information et au perfectionnement du médecin praticien et créer *une littérature de l'omnipraticien distincte de la presse spécialisée.*

a) L'état actuel de la presse médicale dans le monde.

D'après une enquête pratiquée en 1954, on peut schématiquement isoler cinq types de structure économique bien distincts :

1^o La presse anglo-saxonne, type retrouvé également dans les pays scandinaves et aux États-Unis, est caractérisée par l'existence d'un journal unique, dominant, édité et diffusé par l'Association médicale nationale. Il reflète les divers aspects de la vie médicale, aussi bien scientifique que professionnelle. Le secteur laissé à l'édition privée est très restreint et plus scientifique pur ou hautement spécialisé que véritablement clinique.

2^o En Europe centrale, une distinction absolue est faite entre la presse scientifique, représentée par des éditeurs privés et la presse professionnelle diffusée à tous les médecins par l'organisme d'État représentatif de la profession.

3^o Le type de l'Est européen où l'édition est le monopole d'un service d'État ou d'une organisation professionnelle unique et obligatoire.

Même structure en Espagne et au Portugal où le Conseil de l'Ordre désigné par le gouvernement diffuse à tous les praticiens une revue mixte, pour laquelle ils versent une cotisation supplémentaire obligatoire.

4^o Dans les pays de moindre importance démographique, la presse médicale ne peut exister, faute d'un tirage suffisant. Elle laisse la place aux périodiques présentés par des laboratoires ou aux grandes revues étrangères.

5^o Le type français est bien particulier. Les éditeurs privés jouent un rôle primordial tant dans les branches scientifiques que dans le domaine professionnel. Notons seulement les périodiques professionnels préparés par les organismes départementaux de Santé.

La tendance actuelle est à l'internationalisation de la presse médicale au moyen de résumés multilingues des principaux articles originaux, et grâce à la suppression du copyright, ce qui amènera peut-être une diminution des périodiques médicaux trop nombreux (plus de 5 000 dans le monde) et faisant souvent double emploi. Tel est le but des diverses associations de presse, comme l'Union Internationale de la Presse Médicale, qui groupe une dizaine de pays.

b) L'enseignement écrit du praticien: ses caractéristiques.

Représentant le plus souvent à lui seul le seul contact que garde le praticien isolé avec le monde médical, l'enseignement écrit se doit d'obéir à des règles pédagogiques strictes. Il doit, en effet, remplacer les autres modes de perfectionnement et doit pour cela constituer tout un programme éducatif. Le but d'une revue de médecine générale, d'un précis destiné aux praticiens, ne doit pas être de réunir la bibliographie la plus complète, d'accumuler le plus grand nombre d'observations originales, mais de mettre à la disposition de l'omnipraticien un document pratique, qui

développe sa culture générale, améliore la qualité de son diagnostic et facilite la rédaction de son ordonnance.

Les traités de médecine, par exemple, qui font le point sur la somme des connaissances actuelles sur un sujet donné, constituent la base de travail indispensable pour l'étude approfondie d'une question. Malheureusement, il s'agit souvent de volumes importants, de prix d'achat élevé, trop complets enfin pour être aisément utilisés par le praticien qui espère une vue plus schématique du problème. Aussi la tendance actuelle est de modifier l'esprit général des ouvrages destinés aux praticiens, de leur donner une présentation plus adaptée à leurs besoins. On en vient ainsi à isoler en un volume spécial les problèmes thérapeutiques et pronostiques — division artificielle peut-être, mais destinée à faciliter la tâche du médecin — alors qu'ailleurs, sont réunis des symptômes qu'une classification nosologique séparerait probablement, mais qui sont, en fait, assemblés dans l'esprit du médecin, lorsqu'il doit poser son diagnostic.

Parfois, également, on sacrifie volontairement les aspects physiopathologiques, pour ne conserver que la clinique pure, donnant ainsi à l'ouvrage un format réduit, plus facilement utilisable quotidiennement par le médecin. Tel est le cas des numéros mensuels que certaines revues consacrent à l'exposé concis d'une seule question. Des fiches thérapeutiques, des schémas d'ordonnance, le rappel bref des précautions à prendre dans l'emploi de produits toxiques, les indications de tel procédé d'investigation et les résultats à attendre d'examen spécialisé, voilà ce qu'attend le praticien de l'enseignement écrit, qui doit lui permettre un rafraîchissement de ses connaissances de base.

De nombreuses revues tant françaises qu'étrangères se sont assigné cette tâche et présentent une littérature médicale destinée à l'enseignement post-universitaire du praticien.

A côté de l'enseignement systématique, l'information médicale doit comprendre des « mises au point » des problèmes d'actualité. La variété des matières médicales, la multiplication extraordinaire des congrès scientifiques, des échanges internationaux, l'abondance et parfois la précipitation des découvertes, la masse considérable de citations provenant de l'augmentation incessante du nombre des publications médicales, compliquent la tâche des rédacteurs. Ils doivent, en effet, donner à leurs lecteurs l'information la plus complète possible sous une forme filtrée, facilement assimilable. Tels sont les impératifs de la documentation médicale de l'omnipraticien.

Ils expliquent le succès des « résumés » rappelant en quelques lignes le but du travail, les résultats obtenus, mais ne reflétant pas la physionomie de l'article, et plus encore des « analyses » qui donnent sous une forme condensée le maximum de précision, évitant au médecin surchargé de lire l'article original, le compte rendu *in extenso* du congrès. Le rédacteur doit s'efforcer de tirer de l'article l'essentiel de sa substance et d'y ajouter un commentaire personnel soulignant par exemple les dangers de la thérapeutique préconisée ou rapprochant les conclusions de l'auteur d'autres faits déjà connus. Le groupement des analyses n'est pas indifférent. Nous n'envisagerons pas les journaux dits « d'analyses » se présentant comme

un index bibliographique, destinés surtout aux chercheurs ; le groupement par périodique est déjà plus « vivant », mais il risque de se rapprocher plus d'un sommaire étendu que d'une mise au point utilisable. Nous pensons qu'il est nécessaire de sélectionner les analyses pour n'en publier qu'un nombre restreint, choisies pour leur valeur didactique ou d'actualité, voire même de supprimer toutes les questions de second ordre pour ne présenter qu'une synthèse sous la forme de « mouvements médicaux », de « revues annuelles » des principales spécialités.

c) La place des publications médicales dans le perfectionnement post-scolaire du médecin.

De nombreuses enquêtes, pratiquées tant en France qu'à l'étranger, montrent que la presse médicale est toujours le moyen de perfectionnement le plus apprécié par le médecin.

D'après un sondage préparé par Vollan, aux États-Unis, 5 000 médecins pris au hasard parmi la population médicale en entier, ont affirmé consacrer plus de vingt-huit jours de huit heures par an à la lecture d'une ou plusieurs publications médicales, soit le tiers de leur activité post-scolaire totale (voir tableau IV, p. 66).

En France, les diverses enquêtes du *Concours Médical* ont donné des chiffres peu différents : quatorze heures par mois, soit vingt et un jours de huit heures par an.

Près d'un tiers des médecins français sont abonnés à plus de deux revues médicales et plus de 75 % des médecins considèrent la lecture de revues et journaux comme le meilleur moyen actuel de perfectionnement.

B. LA PUBLICITÉ MÉDICALE : SON RÔLE DANS L'ENSEIGNEMENT DU MÉDECIN

L'aspect le plus marquant de notre époque est le bouleversement de la pharmacopée. Non seulement la thérapeutique s'est totalement transformée depuis trente-cinq ans, mais chaque jour amène un événement pharmacologique nouveau qui modifie un aspect de la pathologie. L'une des conséquences naturelles de la découverte récente d'un domaine encore vierge et si hautement productif a été le développement phénoménal d'entreprises commerciales chargées de découvrir, de préparer et de diffuser les médicaments nouveaux. Cette particularité intéresse directement le progrès médical : appui financier et établissement de fondations de recherche scientifique, mais également information thérapeutique du médecin par l'intermédiaire de multiples contacts publicitaires.

Le but d'un laboratoire, lorsqu'il s'adresse à un médecin, quel que soit le moyen utilisé, n'est pas de perfectionner ses connaissances, mais bien entendu, avant tout de lui faire connaître ou de lui rappeler l'existence

d'un produit thérapeutique. Il n'est pas moins vrai que l'importance des budgets consacrés à cette « Information », la multiplicité des moyens utilisés pour atteindre directement le médecin, la répétition presque quotidienne de l'agent d'action, transforme ce qui pourrait n'être qu'une simple publicité commerciale en une documentation permanente sur l'évolution thérapeutique.

Le médecin, disposant ainsi gratuitement, sur simple demande et souvent malgré lui, de tout un arsenal d'information thérapeutique, la première question à se poser est de savoir s'il utilise les moyens mis à sa disposition pour se tenir au courant des progrès de la thérapeutique et si l'action entreprise par les laboratoires modifie éventuellement sa politique de traitement — en douter serait mettre en cause la valeur purement commerciale des méthodes publicitaires utilisées, qui obéissent à des règles techniques strictes et particulièrement étudiées. Moyen d'information donc, la publicité est même très appréciée par le médecin qui, si l'on en croit des enquêtes récentes, considère l'information thérapeutique pharmaceutique comme l'une des principales modalités de sa mise au courant (*voir* tableau III, p. 53) ; mais enseignement dangereux pouvant être le support d'une documentation erronée atteignant directement, par sa nature même, le médecin praticien qui risque d'en user à tort ; « pseudo-enseignement, diront même certains auteurs, trop souvent tendancieux, fragmentaire, pas assez critique ».

Nous pensons donc qu'il serait utile d'obtenir des laboratoires pharmaceutiques, qu'ils modifient le type de leur publicité. Réservant la publicité de suggestion lorsqu'ils désirent toucher le grand public, ils pourraient adopter pour le médecin une publicité d'argumentation.

S'appuyant sur des faits précis et donc vérifiables, se donnant pour but de convaincre le médecin et non de s'emparer de lui par une pression insistante, le texte publicitaire pourrait servir efficacement à la documentation quotidienne du praticien. En étudiant la valeur comparative des divers supports publicitaires, nous indiquerons dans chaque cas quel pourrait être le procédé rédactionnel le plus profitable au médecin. Nous en viendrons ainsi à envisager les responsabilités qui se poseraient en cas d'utilisation par un laboratoire d'affirmations douteuses ou trop précoces et à montrer comment on pourrait concevoir un « contrôle de la publicité médicale », dépendant par exemple de commissions paritaires médicales et pharmaceutiques.

a) Les supports publicitaires : leur valeur dans l'information du praticien.

Schématiquement, trois types de publicité peuvent être utilisés : la visite du représentant, les brochures scientifiques, diffusées par des firmes pharmaceutiques, les pages d'annonces dans les revues médicales. Nous n'envisagerons pas les imprimés envoyés par la poste, pouvant difficilement entrer dans le cadre d'un enseignement médical.

I. LES VISITEURS MÉDICAUX.

Publicité directe, basée sur un contact avec le médecin, la visite du représentant doit permettre une conversation non stéréotypée mais adaptée à la personnalité du praticien. Publicité imposée, par contre qui ne trouve pas facilement sa place dans les moments de détente.

Quoi qu'il en soit les représentants sont généralement reçus avec intérêt par le médecin (55 % d'après une enquête menée par l'Institut Français d'Opinion Publique à la demande d'une revue médicale), en particulier les praticiens ruraux isolés (60 %), surtout au début de leur installation lorsqu'ils ne se sont pas encore constitué un large éventail pharmaceutique. Les médecins urbains, par contre, gardant des contacts professionnels plus réguliers, sont moins favorables aux visites des agents qu'ils reçoivent souvent avec indifférence ou agacement.

La personnalité, la culture médicale du représentant, modifie largement la valeur de l'information qui peut être obtenue par le médecin. La gamme souvent trop longue des produits présentés disperse l'attention du praticien. Trop souvent pédant, peu objectif, trop commercial, l'exposé n'apporte au médecin aucun élément nouveau au point de vue scientifique. Il est donc indispensable que le visiteur abandonne la présentation toute faite, laissant seulement entendre que le médicament est tout puissant, pour adapter son exposé aux besoins du médecin. S'il sait aborder d'une manière scientifique les problèmes de thérapeutique courante, répondre objectivement aux questions du médecin sur des sujets variés, et en particulier sur la composition chimique du produit présenté, par rapport à d'autres médicaments, sa conversation aura apporté au médecin un élément nouveau.

2. LES BROCHURES SCIENTIFIQUES.

Préparées spécialement par les laboratoires pour présenter un produit, les brochures scientifiques sont généralement très appréciées par le médecin.

Présentées luxueusement, d'un format commode, elles sont en général bien faites, attrayantes. Ne se bornant pas à indiquer le nom et les mérites d'une spécialité, elles constituent un ensemble cohérent, clinique et physiopathologique, pouvant permettre un rappel des connaissances de base. La publication de ces livrets est en général périodique et forme un ensemble qui peut servir de documents de référence. Le défaut habituel de ce type de brochure est un certain manque d'objectivité des paragraphes de thérapeutique qui ne préconisent souvent qu'un seul médicament ne donnant pas au médecin la faculté de choisir entre plusieurs solutions, chacune pouvant avoir son intérêt. Malgré cet inconvénient, cette forme de publicité est jugée très utile par plus de 80 % des médecins interrogés par le I.F.O.P. Ils apprécient en particulier la forme très assimilable des brochures scientifiques pharmaceutiques et reconnaissent une valeur réelle à cette source d'information.

3. LES PAGES D'ANNONCES DES REVUES MÉDICALES.

La publicité intercalée entre les pages des revues médicales fait parfois l'objet de réquisitoires sévères quant à sa valeur d'information pour le médecin. Nous pensons que dans bien des cas, cette critique est injustifiée.

Par l'aide financière que les pages d'annonces apportent aux revues, cette forme de publicité facilite grandement la diffusion et ainsi augmente l'efficacité et la portée du journal médical, base de l'enseignement écrit. Jouant relativement peu pour les revues spécialisées qui ne touchent qu'un groupe restreint de spécialistes ou les membres d'une société savante, la recette que représente le budget-publicité est quasi indispensable aux publications de médecine générale, à fort tirage, qui doivent être vendues à un prix inférieur à leur prix de revient. Dans les pays de l'est européen où la presse est nationalisée, les subventions gouvernementales tiennent la place des ressources publicitaires; ailleurs on peut admettre que les recettes de publicité égalisent au moins les rentrées d'abonnement. En Espagne, au Portugal et dans certains pays qui ne possèdent pas de presse nationale, faute d'un tirage suffisant, la diffusion de certaines revues médicales est même assurée complètement par des laboratoires pharmaceutiques étrangers.

TABLEAU II

MOYENS D'INFORMATION	UTILE	INUTILE	RÉPONSE NUANCÉE	SANS RÉPONSE
A. Brochures scientifiques et documentaires	79 %	9 %	I %	II %
B. Visiteurs médicaux	64 %	20 %	I %	15 %
C. Périodiques de documentation thérapeutique des laboratoires	54 %	23 %	I %	22 %
D. Revues et bulletins	51 %	29 %	»	20 %
E. Échantillons.....	50 %	30 %	»	20 %
F. Imprimés publicitaires reçus à domicile	27 %	54 %	I %	10 %

Réponse en pourcentage à la question suivante :

Parmi les moyens suivants qu'emploient les laboratoires pharmaceutiques pour faire connaître leurs produits aux médecins, quels sont ceux que vous considérez comme une source utile d'information pour vous ? (d'après une enquête de l'I.F.O.P.).

Par elles-mêmes, les pages d'annonces constituent pour le médecin un mode d'information non négligeable. S'intercalant dans le cadre de l'enseignement proprement dit, précisant le nom des spécialités, dont seule la dénomination chimique, scientifique, a été indiquée dans l'article original, le texte publicitaire constitue un schéma d'ordonnance pratique, continuellement tenu à jour.

Malheureusement, le praticien, tout en plaçant la lecture des annonces au premier rang des moyens de mise au courant thérapeutique (voir tableau II), se plaint de n'avoir pas, en général, assez de renseignements techniques précis, le rédacteur se bornant à lui rappeler le nom du produit et à lui en vanter les qualités en des termes insistants et persuasifs. Le texte publicitaire choisi pour les annonces est, en effet, plus souvent *informatif* que *documentaire*, ce qui diminue la valeur de l'écrit.

Cela tient en partie au format limité dont disposent les laboratoires pour leur publicité, mais surtout à ce que les annonceurs considèrent encore la revue comme un support médiocre auquel ils ne confient qu'une publicité de choc, s'imposant une présentation attrayante pour attirer l'attention du médecin. Ils réservent, par contre, la publicité d'argumentation, qui doit convaincre le médecin, aux dimensions plus larges des brochures scientifiques. Or le médecin veut recevoir des précisions concernant les produits qu'on lui recommande. Les effets favorables, mais aussi les dangers, la posologie, les précautions à prendre, pourraient être succinctement mais clairement indiqués (1). L'annonce n'aura son efficacité maximum (tout au moins au point de vue médical) que lorsqu'elle appuie le bien fondé de la thérapeutique qu'elle préconise sur des références précises, sur des résultats cliniques obtenus.

Nous pensons qu'il serait utile de revoir les conceptions de la publicité technique médicale, non pas seulement dans le cadre bien limité de la publicité comme moyen d'enseignement, mais sur le plan plus élevé de la responsabilité même du médecin vis-à-vis de son malade. Le praticien n'est pas un simple prescripteur de spécialités. Il doit pouvoir prescrire en s'appuyant sur une base solide de connaissances suffisantes et ne pas risquer d'avoir été imposé dans son subconscient. En effet, ne doit-on pas craindre que le médecin réagissant favorablement à une présentation attrayante, ne puisse être amené à prescrire une thérapeutique dont on ne l'aurait pas suffisamment averti des dangers, ou dont l'efficacité serait discutable ?

b) L'information thérapeutique du médecin: possibilités d'une discipline.

Le circuit complexe qui conduit un médicament du fabricant au consommateur ne diffère d'un pays à l'autre que par le détail des formalités administratives et aboutit toujours à un contrôle terminal permettant l'obtention d'un visa garantissant que la spécialité proposée « présente un intérêt de nouveauté, des garanties thérapeutiques et qu'elle n'offre pas de dangers pour la santé physique et morale de la population ». Ces trois caractères garantissent théoriquement les qualités d'un produit pharmaceutique, mais ils sont trop imprécis pour garantir une réelle nouveauté. Il suffit, en effet, habituellement de démontrer que le produit présenté est le résultat d'une « modification » ou d'une « extension » d'un produit déjà reconnu, pour qu'il obtienne le certificat de sortie. Une telle

(1) Au besoin avec références aux brochures pour les développements nécessaires.

pratique qui économise les efforts, diminue les formalités, se développe de plus en plus. Elle entraîne un envahissement du marché par un très grand nombre de médicaments, presque semblables les uns aux autres.

Aux États-Unis, on trouve 29 préparations contenant deux antibiotiques et 20 en réunissant trois. 33 antihistaminiques ont une action similaire. Une firme allemande vient de sortir un comprimé groupant 22 produits différents.

Multipliant ainsi le nombre des médicaments, les laboratoires sont obligés de lutter contre la concurrence en utilisant une publicité de plus en plus massive. Or la publicité technique est libre et la véracité des faits avancés pour prouver l'efficacité, la nouveauté est garantie par l'honnêteté du laboratoire. En France par exemple seule la publicité commerciale auprès du grand public est soumise à un visa préalable. Le bureau de vérification de la publicité contrôle ainsi l'exactitude des textes accompagnant l'emballage d'un produit pharmaceutique et son « mode d'emploi ». Mais la publicité s'adressant directement au médecin est entièrement libre. Théoriquement du moins, rien n'empêcherait, par exemple, le fabricant de recommander aux praticiens un produit nouveau en lui attribuant des qualités différentes de celles indiquées au bureau de vérification. Quant à la responsabilité des médecins qui auraient prescrit l'un de ces remèdes, elle a été écartée récemment par un jugement d'un tribunal civil, le rôle du médecin « ne consistant pas à contrôler la véracité des indications thérapeutiques d'une spécialité munie du visa, mais à apprécier seulement si telles qu'énoncées elles correspondent aux besoins du malade » (Tribunal civil de la Seine, 28 juin 1955).

Aux États-Unis, la juridiction est plus stricte mais semble en réalité peu efficace. Tous les agents thérapeutiques doivent être munis d'un visa délivré par les soins du comité de l'American Medical Association, la Food and Drugs Association, qui, en particulier, s'assure que la description du produit sur l'emballage est « exacte et bien documentée », mais les garanties qu'offre ce bureau de contrôle semblent limitées. Il ne peut en effet, interdire la vente d'un médicament que ses experts auraient jugé inefficace, son seul recours étant de saisir un produit comme « mal étiqueté » si un effet thérapeutique est indiqué sur le mode d'emploi. Un organisme différent, la Federation Trade Commission contrôle par ailleurs la publicité pharmaceutique, qu'elle s'adresse au grand public ou au corps médical, mais se borne à assurer que le fait annoncé par le texte publicitaire ne constitue pas un acte déloyal. Termes bien imprécis, pouvant prêter aux abus.

A mesure que la tâche du médecin devient de plus en plus complexe, et qu'il doit se retrouver au milieu d'un nombre toujours croissant de spécialités, la publicité lui donne de moins en moins d'indications précises. A qui revient donc la responsabilité de donner aux médecins une information réelle sur la valeur des « nouveautés thérapeutiques » ? (les articles originaux indiquant en général le nom chimique et non la dénomination commerciale).

Le bureau des visas pourrait être chargé de ce soin et centraliserait des fiches de référence sur tous les médicaments dont les caractéristiques seraient largement diffusées au corps médical par l'intermédiaire de la

presse. Mais cela suppose une modification profonde de l'organisation de ce bureau. Le comité de contrôle devrait, tout d'abord, être choisi parmi des techniciens spécialisés et non pas par des médecins déjà requis par d'autres travaux.

Enfin, il serait souhaitable que les médecins qui ont établi le rapport clinique attestant l'efficacité du produit, puissent communiquer aux revues médicales le résultat de leur expérimentation, sans être gênés par les règles déontologiques actuelles qui leur recommandent la « plus grande prudence dans l'exposé des faits ». C'est dans ce but que, aux États-Unis, l'American Medical Association a confié au Bureau central des médicaments le soin de publier dans la presse médicale des études précises sur les drogues nouvelles. Cette information directe du praticien est très rapide et suit de près l'obtention du visa de sortie. A l'aide d'un fichier continuellement révisé, le Bureau, par ailleurs, répond aux questions écrites du médecin. L'A.M.A. conseille même aux médecins de ne plus utiliser de produits qui n'auraient pas fait l'objet d'une publication médicale officielle.

Tout en reconnaissant la valeur que pourrait avoir la création d'un organisme se chargeant spécialement de l'information thérapeutique du médecin, nous pensons qu'il serait nécessaire d'envisager en même temps une autodiscipline de la publicité médicale pratiquée par les intéressés eux-mêmes en liaison, en ce qui concerne la publicité-presse, avec la presse médicale elle-même.

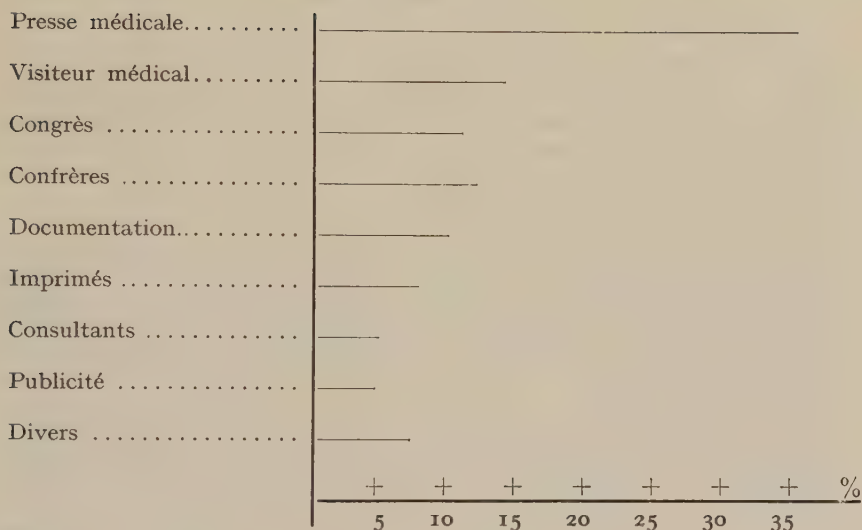
Question très discutée, ayant fait l'objet de plusieurs rapports au Congrès de 1957 de l'Union Internationale de la Presse Médicale.

Les rédacteurs de certaines revues américaines, comme le *New England Journal of Medicine*, se considèrent même comme responsables de la qualité des annonces qu'ils passent dans leurs colonnes. Ils refusent ainsi les textes publicitaires qui pourraient « explicitement ou implicitement prêter à confusion », obligent les annonceurs à supprimer « les superlatifs extravagants, les déclarations outrées », à éviter « les affirmations de supériorité, les comparaisons avec d'autres produits qui ne reposeraient pas sur des preuves valables, clairement indiquées » ; ils précisent enfin que les « extraits cités ne doivent pas fausser le sens véritable voulu par l'auteur de l'article original ». Un comité est chargé spécialement de veiller à l'application de ces principes.

Un tel ostracisme nous paraît outré et les rédacteurs se montrent en général plus libéraux. Ils accordent aux annonceurs la liberté d'expression, se laissant le droit, s'ils le jugent utile, de mettre le lecteur en garde contre un produit qu'ils considéreraient comme inopportun.

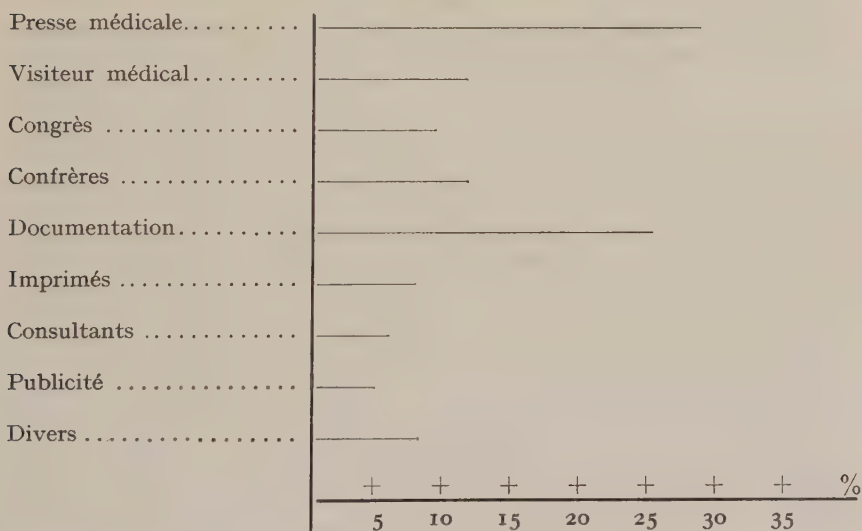
La tendance actuelle tant en France que dans certains pays étrangers, est de souhaiter une collaboration plus étroite entre le corps médical et les fabricants de produits pharmaceutiques. Un comité paritaire pourrait ainsi, mettre au point, après consultation des techniciens, une forme de publicité spécialement adaptée à un rôle d'information thérapeutique et non plus seulement suggestive comme peut l'être une publicité banale. Cette publicité médicale devrait associer la rentabilité indispensable pour le laboratoire à la documentation étendue qu'attend le praticien.

TABLEAU III



Réponse en pourcentage aux questions suivantes :

Pouvez-vous penser à un exemple de médicament nouveau et dire comment vous en avez entendu parler en premier lieu ?



Réponse en pourcentage à la question suivante :

Quels ont été dans ce cas vos moyens d'information techniques les plus utiles ?

(D'après une enquête de l'I.F.O.P.)

c) La place de la publicité médicale comme moyen d'information du médecin.

Deux schémas montreront mieux que nous ne pourrions l'indiquer la place qu'occupe la publicité médicale, comme moyen d'information thérapeutique. Ils sont extraits d'une enquête menée par l'Institut Français d'Opinion Publique à la demande d'une revue médicale, en France. Adressée à 1 000 médecins tirés au sort parmi une même population (abonnés d'une même revue médicale), les questionnaires ont été remplis par 625 praticiens.

Le premier tableau (Tableau II, p. 49) donne une idée de la valeur comparative de différents procédés publicitaires. Les médecins avaient en effet, à répondre à la question suivante : « Parmi les moyens qu'employent les laboratoires pharmaceutiques pour faire connaître leurs produits aux médecins, quels sont ceux que vous considérez comme une source d'information pour vous ? »

L'Institut of notivational research, sous la direction du docteur E. Dichter a présenté l'année dernière, sur le même sujet, les résultats d'une enquête américaine, portant sur 207 interviews et qui confirme ces données.

Le deuxième tableau (Tableau III, p. 53) indique comment, en pourcentage, les médecins ont répondu à la question suivante : « Pouvez-vous penser à un médicament sorti récemment qui constitue un véritable progrès thérapeutique et dire :

- a) Comment vous en avez entendu parler en premier lieu ;
- b) Quels ont été dans le cas particulier vos moyens d'information technique les plus utiles ? »

II. LES MOYENS « INDIRECTS » DE L'ENSEIGNEMENT DU MÉDECIN

La littérature médicale, qu'il s'agisse de la presse ou des ouvrages médicaux, complétée comme nous l'avons vu par certains aspects de la publicité médicale, constitue le support de l'enseignement écrit, forme majeure de l'information personnelle du médecin. Le but en est avant tout une mise au courant continuelle du médecin sous une forme attrayante et facilement assimilable. Cet enseignement doit être complété par un perfectionnement systématique qui, malheureusement, suppose un déplacement du médecin vers la ville universitaire. Nous en verrons les difficultés de l'organisation pratique — en raison même de cette servitude. Il est alors tentant de concevoir des moyens didactiques qui agiraient comme intermédiaire entre le médecin et le cours de perfectionnement, en apportant au domicile du praticien l'enseignement coordonné préparé par les maîtres de la profession.

À côté des *émissions médicales radiophoniques* présentées par les diverses associations médicales, ne pourrait-on pas ainsi imaginer une chaîne spéciale, assurant par exemple les retransmissions en direct des grandes journées médicales ? Les médecins qui n'auraient pas la possibilité matérielle de se déplacer pourraient ainsi profiter de l'audition des rapports scientifiques et « assister » aux discussions qui les suivent.

Les essais réalisés aux derniers Entretiens de Bichat et surtout les travaux américains sur les possibilités de la *télévision médicale* (dont nous aurons à reparler), permettent de fonder de grands espoirs sur ce procédé nouveau qui servira à une large diffusion de l'enseignement médical. Citons les programmes réalisés par la télévision anglaise, les émissions du docteur J. Painlevé en France. Les réalisations américaines feront l'objet d'un chapitre spécial.

Le film médical : constituant un élément indispensable des journées médicales, auxquelles il apporte une diversion agréable, le film médical documentaire est par ailleurs un moyen commode de mise au point pratique pour le médecin praticien isolé. Il existe, ainsi, un peu partout des associations de médecins qui, grâce à l'aide de laboratoires, présentent à intervalles réguliers des séries de films qui montrent des types de malades, indiquent la technique précise d'un examen clinique ou le résultat à attendre d'un nouveau mode d'investigation.

Nous n'insisterons pas sur les caractéristiques techniques du film médical, rappelant seulement que, d'après la classification du Festival du film médical, il peut être *clinique*, *médico-chirurgical* ou *spécialisé* (endosco-

pique, biologique, de recherche) ou *éducatif* et l'on peut isoler les films didactiques des films d'enseignement proprement dits dont les qualités ont été bien décrites par le docteur J. Painlevé dans un éditorial récent :

« Un film d'enseignement s'il veut être efficace, ne peut être passé partout et convenir également à l'étudiant, au spécialiste, au praticien... Par ailleurs, le film offre la dangereuse illusion de croire que l'on a compris ; c'est une prime à la facilité incompatible avec cet effort personnel indispensable pour le travail en profondeur. Un véritable enseignement doit faire comprendre, faire assimiler, faire se souvenir ; ce qui détériore l'un de ces points, même s'il en favorise un autre devient nocif... On ne devrait accepter un film que s'il permet une compréhension plus facile ou plus rapide en même temps qu'une assimilation plus complète et un souvenir plus durable que ne le permettent les autres moyens didactiques. Les critères d'une telle appréciation ne sont pas faciles à trouver... et les recherches pour l'enseignement audiovisuel n'ont pas encore trouvé les lois d'un rendement correct ; elles conseillent d'adjoindre le film en plus, mais non de le substituer au mode d'enseignement actuel. »

Le *disque médical* a des caractères semblables et peut ainsi compris, constituer une aide commode pour le médecin. Très apprécié aux États-Unis où il fait partie des troussees éducatives « audiovisual Kits » envoyées aux médecins sur leur demande, l'enseignement sur disque se développe un peu partout. Rappelons en France le remarquable disque préparé par M. le professeur Lenègre, donnant une véritable leçon d'auscultation cardiaque. L'enregistrement des leçons magistrales, des rapports des congrès pourraient par ailleurs servir aux praticiens.

*
* *

III. LES CONTACTS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN PRATICIEN

Dans l'exercice même de sa profession, le médecin peut trouver l'occasion d'un perfectionnement continu. Les divers contacts professionnels qu'il peut avoir favorisent en effet un échange de vue qui sera réellement pratique puisqu'il porte sur un sujet clinique précis. C'est ainsi que la discussion avec un confrère sur un problème quotidien, la consultation du spécialiste appelé auprès d'un malade, ou encore les rapports de voisinage avec le pharmacien local, sont l'occasion d'un perfectionnement mutuel très profitable. Or la forme de la médecine libérale actuelle, qui creuse de jour en jour le fossé séparant le praticien du médecin hospitalier, tend à isoler l'omnipraticien qui se referme sur lui-même et ne garde comme seul contact avec l'extérieur que la lecture d'une revue médicale, la visite du représentant pharmaceutique. Cet isolement, qui se fait surtout sentir dans la pratique rurale, a été particulièrement bien décrit par le docteur Mouchot lors d'un congrès de l'Association de médecine rurale en 1951.

« Il est incontestable, écrit-il, que le praticien, surtout celui qui exerce à la campagne, se tient mal au courant des dernières découvertes et ne peut, faute d'équipement, appliquer les dernières techniques. Nous avons tous appris à l'hôpital à recourir à la radio, aux examens de laboratoire ; en cas de difficulté, nous pouvions aisément demander l'avis d'un collègue ; et maintenant, isolés dans notre campagne, nous avons trop souvent l'impression d'exercer la médecine comme on pouvait le faire il y a cinquante ans..... Pour la radio, il faut envoyer le malade au loin et ce simple fait a des conséquences psychologiques importantes. Le malade, qui vient aisément voir son médecin, s'affole quand on l'envoie à la ville. Cette chose si simple à l'hôpital lui paraît d'une gravité en relation directe avec la distance à parcourir. L'avis d'un spécialiste nécessite à la campagne une préparation qui effraie le malade et qui, pour le médecin, est souvent un aveu d'incompétence qu'il cherche vainement à cacher. En fait, nous manquons de contacts avec nos maîtres et nos égaux. Le danger est l'ossification de nos méthodes et de nos idées ; nous perdons notre souplesse intellectuelle, la capacité de changer de point de vue, de nous adapter à des idées nouvelles, à des techniques récentes. »

Pour lutter contre cet isolement, qui paralyse tout enseignement post-universitaire, les médecins praticiens tendent à se grouper et à multiplier ainsi les occasions de perfectionnement mutuel. L'association peut se produire dans l'exercice même de la profession — tel est l'esprit des

diverses formes de médecine d'équipe. Le groupement des médecins peut aussi exister sur un plan régional ou même national ; et à côté des sociétés savantes qui réunissent les spécialistes pour un travail et une discussion en commun, on peut concevoir des Associations de médecins praticiens, des Académies de médecine générale. Nous verrons comment l'appartenance à un de ces groupes d'étude favorise une émulation mutuelle des membres pour un perfectionnement plus fréquent. Enfin, nous envisagerons les contacts hospitaliers que pourrait avoir le praticien isolé, en dehors de tout enseignement systématique. Les diverses conceptions étrangères de l'hôpital rural nous montreront malheureusement la complexité de l'organisation pratique de cliniques ouvertes à tous les médecins.

A. L'EXERCICE DE LA MÉDECINE DE GROUPE : LES POSSIBILITÉS DE PERFECTIONNEMENT QU'IL OFFRE AU PRATICIEN

Nous serons brefs sur cette étude qui sortirait par beaucoup de ses aspects du cadre que nous nous sommes fixé. Nous éliminerons ainsi volontairement tout ce qui concerne le point de vue juridique et déontologique de la question, ainsi que l'organisation matérielle et financière des cabinets de groupe, pour indiquer seulement comment l'association de plusieurs omnipraticiens favorise le perfectionnement de chacun des membres.

Parmi les nombreuses formes d'exercice collectif, on peut distinguer trois types principaux, diversement utiles aux médecins praticiens.

La *médecine d'équipe* c'est-à-dire le groupement de divers spécialistes dans un même centre, demande un outillage coûteux, une organisation de grande étendue, qui orientent habituellement ces dispensaires et policliniques vers le secteur public. Par ailleurs, ces centres de diagnostic, gérés par des mutuelles limitent en général le rôle du praticien à une médecine d'orientation, à un aiguillage vers les spécialistes.

L'*association entre spécialistes de même discipline*, en vue d'un meilleur rendement sort également du cadre de notre étude.

Seule l'*association entre omnipraticiens* nous retiendra. Elle a pour but d'humaniser la vie de chacun des associés et de leur faciliter la tâche. Plusieurs formules de travail ont été proposées. Le centre médical peut, selon les cas, représenter toute l'activité professionnelle qui se répartit entre les salles de consultation et les visites à domicile, ou n'être qu'une « maison médicale » groupant seulement un secrétariat et le matériel technique commun. Quel qu'en soit le statut juridique, le cabinet de groupe offre des avantages évidents, favorisant tout d'abord une amélioration matérielle des conditions de travail. L'association permet, en effet, l'organisation rationnelle du secrétariat, facilite l'acquisition d'un équipement technique adéquat, évite les déplacements inutiles. Supprimant par ailleurs la simple confraternité trop souvent teintée de préoccupations concurrentielles, l'exercice en commun crée une communauté d'esprit qui permet un

contact professionnel amical et continuél (au moyen par exemple de réunion en commun).

Sans se spécialiser à proprement parler, les associés peuvent plus facilement approfondir la question qui les intéresse et s'orientant ainsi, se servir mutuellement de consultant ; ce qui n'empêche pas, évidemment, l'appel au spécialiste en cas de besoin. Tout en laissant à chacun sa clientèle personnelle, ce qui garantit le respect du libre choix, l'organisation d'un service de remplacement mutuel augmentera les temps libres. Chaque associé aura plus facilement la possibilité de lire, d'étudier, de se perfectionner, soit sur place, soit en assistant à un cours sans être préoccupé par le problème d'un remplaçant à chercher.

Le cabinet de groupe doit-il être prolongé, sur le plan régional, par des policliniques, des centres de soins ? Certes, l'organisation d'un vaste plan d'ensemble peut tenter, puisqu'elle donnerait à la médecine collective son développement maximum. Mais ne doit-on pas craindre que le rééquipement sanitaire, qu'une transformation de ce type supposerait, amènerait rapidement la disparition de la médecine libérale au profit d'une médecine de mutuelles, de dispensaires. L'exercice d'une médecine en commun est souhaitable. L'association ne doit pas être imposée par voie d'autorité, elle doit rester spontanée, librement consentie entre confrères voisins. C'est ainsi seulement qu'elle sera profitable à l'omnipraticien.

Encore à l'état d'essais isolés en France (Sablé, Loudenc), les cabinets de groupe sont très nombreux dans les pays anglo-saxons. Aux États-Unis, un quart des praticiens de médecine générale (23 000 environ) font partie de « Group Practices », et acquièrent une compétence particulière (part-time specialists).

En Grande-Bretagne, le Gouvernement avait tenté d'organiser le Service de Santé sur la base d'une médecine d'équipe. Les praticiens auraient été groupés dans des centres régionaux de santé, pourvus d'un appareillage technique suffisant et se rapprochant des policliniques soviétiques. Des raisons financières ont fait abandonner le projet, mais de nombreux praticiens se sont spontanément associés en cabinets communs, « group of general practitioners with special interest ».

B. LES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS PRATICIENS

Autre type d'association professionnelle, les Académies de médecine générale se créent un peu partout. Les États-Unis, avec leur « Academy of general practice », la Grande-Bretagne et son « College of general practitioner », le Canada avec le « College of general practice of Canada », la France avec l'« Association de médecine rurale », les Pays-Bas, l'Allemagne, les Indes, l'Australie, les États d'Amérique du Sud, ont senti la nécessité de grouper les omnipraticiens non pas « pour démontrer la qualité de leur médecine, mais pour s'efforcer d'en améliorer la valeur professionnelle ».

Quels que soient les statuts, ces associations ont un mode d'action similaire. Elles clarifient, tout d'abord, les problèmes qui sont propres à la médecine praticienne en nommant des Comités d'étude chargés de préciser

le mode de vie particulier de l'omnipraticien, de définir ses besoins. C'est ainsi que l'Association de médecine rurale, fondée en France en 1951 est avant tout une « Société d'étude se préoccupant de l'examen des problèmes touchant la Médecine générale dans le cadre de la vie rurale, leur consacrant des travaux méthodiques, entrepris s'il le faut sur des bases nouvelles ; et après avoir formulé les conclusions pratiques auxquelles ces recherches aboutissent, les confient aux protecteurs naturels de la profession pour qu'ils puissent en tirer le parti qu'elles méritent ».

Les maladies propres aux campagnes, le tétanos en milieu rural ont ainsi été étudiées en France. Le « College of general practitioners » a établi, dans le même ordre d'idées la liste des affections les plus fréquemment rencontrées par les praticiens anglais, ce qui a permis d'isoler une pathologie rurale différente de la médecine urbaine classique. Des travaux récents sur le mode d'exercice particulier du médecin praticien (l'obstétrique, la chirurgie, la psychiatrie du praticien), ont mis l'accent, d'autre part, sur la nécessité, tant en France qu'en Grande-Bretagne, d'une formation particulière du médecin rural avant son installation. Des sondages d'opinion préparés par les sections locales de ces associations permettent de définir enfin les besoins des médecins dans les différentes disciplines et leur possibilité de perfectionnement selon les régions.

Sociétés d'études, les Académies de médecine générale sont également des groupes d'action directement engagés dans l'enseignement post-universitaire de leurs membres. Convoquant personnellement les médecins, les tenant continuellement au courant des cours organisés pour eux, les Associations de médecins praticiens entretiennent une émulation profitable au perfectionnement. Elles favorisent les contacts professionnels, les réunions de perfectionnement mutuel en organisant des journées médicales au cours desquelles chacun des membres doit présenter une observation originale, un rapport personnel (Session départementale des « Assises de Médecine générale » en France). En Grande-Bretagne, le « College of general practitioners » facilite l'entrée des praticiens dans des équipes de moniteurs, dans les chaires de médecine générale. « L'Academy of general practice » impose même à tous ses membres un minimum de cent cinquante heures de perfectionnement tous les trois ans.

C. LE MÉDECIN PRATICIEN ET L'HOPITAL

En plus des stages pratiques qu'organisent les grands services hospitaliers, dans le cadre des cours de perfectionnement, le médecin praticien doit profiter d'un contact hospitalier suffisamment fréquent.

L'hospitalisation d'un malade signifie trop souvent une rupture complète des rapports entre le médecin traitant et son patient, alors qu'elle pourrait être l'occasion d'une réelle prise de contact de l'omnipraticien isolé avec le service hospitalier, son personnel médical, son équipement, ses richesses cliniques et techniques. Certes, le médecin de ville a théoriquement le droit d'assister à l'examen d'entrée, d'être présent et d'interroger le chef de service pendant sa visite, de suivre l'intervention chirurgicale

pratiquée sur son malade. Mais, pratiquement, il ne profite que très rarement de cet avantage : la distance à parcourir pour se rendre au centre régional, l'organisation actuelle de l'emploi du temps dans les hôpitaux empêche toute conversation prolongée. Le contact hospitalier du médecin praticien se limite donc, le plus souvent, à un échange de lettres impersonnelles et peu précises. Une solution doit être trouvée, car il est indispensable que le médecin puisse au moins assister *passivement* aux soins donnés à son malade, ce qui lui redonnera l'occasion de se retremper dans le « bain hospitalier ». Dans le but de rapprocher le praticien de l'hôpital, l'Association de médecine rurale, a organisé un système de fiches qui suivent le malade pendant son séjour à l'hôpital, et sont retournées aux médecins traitants avec des renseignements précis sur le diagnostic posé, la thérapeutique suivie, et le pronostic envisagé. Ces fiches de liaison ne sont qu'une solution d'attente ; elles auraient, d'autre part, une plus grande valeur si les indications qu'elles contiennent ne se limitaient pas à l'exposé des faits bruts, mais si elles constituaient un véritable enseignement sur le cas précis. Le médecin hospitalier pourrait ainsi indiquer à son confrère les divers examens qui ont permis d'aboutir au diagnostic, les hypothèses qui ont été soulevées, les essais tentés avant d'appliquer la thérapeutique efficace, enfin, les différentes étapes de la guérison avec les problèmes que chacune d'elles a pu poser.

L'utilisation par le médecin praticien de lits « ouverts » où il pourrait traiter ses propres malades est le second aspect des contacts hospitaliers que peut avoir un médecin isolé. La législation française diffère beaucoup des conceptions étrangères sur les possibilités de création d'une clinique ouverte rattachée à un hôpital, mais nulle part cette question n'est réellement résolue, bien qu'elle constitue la modalité la plus active de perfectionnement pratique. Il est difficile en effet de concilier les exigences de l'exercice de la médecine de ville avec l'assistance à un stage de perfectionnement de longue durée. Les essais tentés en Grande-Bretagne pour permettre des échanges prolongés entre les Registrars et les Praticiens n'ont donné aucun résultat. A notre avis, le seul moyen de faire profiter activement un omni-praticien d'une expérience hospitalière réelle est de lui permettre de travailler à l'hôpital tout en continuant de suivre sa clientèle, c'est-à-dire de lui donner la possibilité de soigner lui-même les malades qu'il aurait préféré faire hospitaliser, mais qui n'ont pas besoin de la surveillance continuelle du spécialiste.

a) Les cliniques « ouvertes » en France.

La position du médecin praticien français vis-à-vis des services hospitaliers est définie par deux conséquences d'une loi de 1941, organisant la structure hospitalière.

Le capital hospitalier français repose sur une conception pyramidale, qui centralise au maximum l'armement hospitalier et tend à supprimer progressivement les hôpitaux ruraux au profit des centres hospitaliers

urbains. Cette mesure, dont nous ne discuterons ni le bien-fondé, ni la valeur économique, a été violemment combattue depuis sa création par l'Association de médecine rurale, qui a démontré, au contraire, la nécessité de sauvegarder et même d'augmenter la capacité hospitalière rurale.

Les conclusions de cette association préconisent ainsi la création de postes ruraux d'hébergement en médecine, chirurgie ou maternité, rattachés plus ou moins étroitement à un hôpital régional (équipement technique, personnel infirmier). Les médecins locaux utiliseraient les lits de l'hôpital rural pour leurs propres malades, ce qui, au point de vue économique assurerait un coefficient d'utilisation adéquate, et au point de vue didactique, éviterait l'isolement de l'omnipraticien rural. Une telle conception aussi tentante qu'elle puisse être pour le perfectionnement du médecin praticien, n'est pas admise officiellement. En effet, alors qu'un médecin peut librement exercer dans une clinique privée, il doit pour pouvoir donner des soins à un malade dans un établissement public, avoir été régulièrement nommé par concours à ce poste hospitalier. Cette barrière existant entre le praticien et l'hôpital n'est supprimée que dans le cas où « l'initiative privée en matière d'hospitalisation pour la ou les disciplines médicales considérées est quantitativement ou qualitativement insuffisante dans le ressort de la circonscription » et rend nécessaire la création d'une clinique ouverte ; éventualité rare, demandant de longues formalités.

Telle est la conception française sur les « cliniques ouvertes ». Nous avons voulu rendre son exposé aussi schématique que possible au risque d'omettre certains aspects. La formule d'un hôpital rural, comprenant quelques lits de maternité ou de médecine qui seraient accessibles aux médecins de la localité serait bien souhaitable. Elle n'est pas encore définie par les textes et son application impliquerait une modification profonde de la réglementation hospitalière qui, malgré les efforts de l'A.M.R., demandera certainement un certain délai.

b) Les cliniques « ouvertes » à l'étranger.

Si, en principe, rien n'empêche, dans les pays anglo-saxons n'importe quel médecin de postuler un poste à mi-temps dans un hôpital, nous verrons en étudiant l'enseignement post-scolaire dans ces pays que des problèmes très complexes se posent lorsqu'on désire intégrer un praticien dans le personnel d'un hôpital.

Le recrutement des hôpitaux américains ne repose pas sur un concours, mais sur une sélection sévère, sur « titres », aboutissant, de la même manière à donner la préférence aux spécialistes. De grands espoirs sont fondés sur les « Departments of General Practice », sortes de consultations de médecine générale confiées aux omnipraticiens locaux. Malgré les efforts de l'A.M.A., ces postes sont encore rares et n'ont été prévus que dans certains grands centres urbains.

En Grande-Bretagne, l'institution du National Health Service a unifié la structure hospitalière et a fait disparaître presque tous les anciens « Cottage hospitals », véritables cliniques ouvertes rurales, ce dont nous verrons plus loin la conséquence.

IV. L'ENSEIGNEMENT SYSTÉMATIQUE DU PRATICIEN : LES COURS DE PERFECTIONNEMENT

Quelle que soit la valeur que peuvent avoir la lecture d'une revue médicale, les contacts professionnels, l'assistance aux réunions de sociétés savantes, ces moyens n'offrent pas une continuité suffisante dans le perfectionnement du médecin et l'inscription, à intervalles réguliers, à un cours de rafraîchissement est indispensable.

En effet, le praticien, pris par sa clientèle, peut laisser s'accumuler sans les lire les numéros de la revue à laquelle il est abonné ; l'intérêt des confrontations entre confrères et des visites à l'hôpital régional peut être limité, lorsque les mêmes problèmes se posent à tous les médecins d'un même centre. Les moyens indirects, radio, télévision, film, sont encore peu développés et de toute façon ne remplaceraient pas le contact personnel avec l'enseigneur. Enfin, toutes ces modalités de travail à domicile laissent le médecin seul juge de ses progrès ; autodidacte, il risque d'être esclave de ses habitudes, de sa passivité naturelle. Les cours de perfectionnement, préparés par des professeurs qualifiés, constituent, par contre, un véritable rafraîchissement (Refresher Courses, d'après les auteurs anglo-saxons), pendant lequel le praticien abandonne ses préoccupations quotidiennes et se replonge complètement dans un bain universitaire. Cette période donnera toute leur valeur aux autres moyens d'éducation personnelle qui compléteront l'effet de la leçon en prolongeant son action.

Contrairement à ce que nous avons essayé de faire jusqu'ici pour les autres modalités d'enseignement post-scolaire, l'enseignement systématique des praticiens ne peut être isolé et étudié comme un tout qui obéirait à des normes pédagogiques immuables qu'il serait tentant de définir une fois pour toutes. La forme que prendront les cours dépendra, en effet, avant tout des besoins particuliers des médecins pour qui ils sont préparés. Elle subira donc l'influence des variations géographiques, économiques et démographiques et il est impossible de décrire un enseignement stéréotypé qui pourrait être calqué d'un pays ou d'une région à l'autre.

Le lieu de la réunion — ville universitaire, centre hospitalier régional, centres ruraux — la longueur du cours — sessions longues ou courtes, enseignement extensif ou intensif — les dates — époque de l'année, jour de la semaine — sont trop sujets à des variations régionales pour faire l'objet d'une règle générale.

Plus difficile encore est le choix du sujet, qui non seulement doit intéresser le médecin, mais surtout doit répondre à ses besoins en tenant compte du mode d'exercice local, de l'intervalle entre deux cours, de la durée de la réunion.

Il pourrait être tentant de présenter un vaste panorama des découvertes récentes sans faire réellement un choix. On a pu reprocher à cette présentation un aspect trop touffu. La brièveté excessive des différents exposés est, par ailleurs, la conséquence du nombre de questions traitées. On en vient alors à la nécessité d'effectuer une sélection des sujets d'actualité. Sur quoi reposera-t-elle ?

Les auteurs américains tendent à se baser sur les diverses courbes statistiques représentatives de la vie médicale. C'est ainsi que le succès obtenu les années précédentes par un programme similaire peut être un critère de choix. Il nous paraît discutable, ne tenant pas compte des variations temporelles, régionales. On peut également s'appuyer sur les courbes de morbidité, en supposant que le praticien sera intéressé par une question qu'il aura étudiée fréquemment dans les mois précédant les cours.

La tendance des organisateurs britanniques est de spécialiser divers centres régionaux soit d'après le type de médecine pratiqué dans la région, soit seulement pour faciliter une meilleure répartition des programmes.

La méthode la plus rationnelle est d'interroger directement le médecin. Le sondage d'opinion, confié par exemple aux revues médicales ou aux Associations de praticiens, renseignerait ainsi exactement sur les désirs et les besoins des praticiens. Le programme choisi sur cette base aurait ainsi le mérite de convenir à la majorité.

Devant la difficulté de donner un plan d'ensemble, nous avons pensé qu'il était plus utile de nous attacher à montrer par quelques exemples les principes sur lesquels repose l'organisation nationale de l'enseignement post-scolaire qui, elle, obéit à des règles générales. Nous essayerons, ainsi de répondre à différentes questions telles que :

— A qui incomberait la charge d'organiser sur un plan national cet enseignement ? Et à ce sujet, comment juger des besoins réels des médecins praticiens dans chaque région, par qui l'enseignement devrait-il être donné et quel serait le centre local, hospitalier, universitaire, groupement privé, etc ?

— Comment attirer le médecin à de tels cours, qui, par leur forme même, obligent le praticien à quitter sa clientèle ? Doit-on rendre obligatoire l'enseignement post-scolaire, ce qui assurerait une efficacité maximum, mais n'y a-t-il pas une autre méthode plus libérale pour faire prendre conscience au médecin de la nécessité d'un rafraîchissement périodique ?

— L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE AUX ÉTATS-UNIS

Cette branche des études médicales existe aux États-Unis depuis fort longtemps et en 1892, W.H. Welton, notait déjà dans le Bulletin de l'université d'Harvard que « l'éducation médicale ne se terminait pas à la fin de l'école de médecine, mais qu'elle ne faisait alors que commencer ». Mais rien n'était prévu pour le perfectionnement continu du médecin praticien. De multiples institutions privées, sans aucune coordination entre elles, préparaient chacune pour leur propre compte des programmes trop souvent inadaptes aux besoins des médecins.

La première tentative faite pour évaluer les possibilités d'un enseignement complémentaire des médecins date de 1937. Le docteur H. Anderson, délégué du « Council of medical education and hospital » avait été chargé de visiter tous les États, et de publier les résultats de son enquête sur les cours de perfectionnement. Le travail préliminaire d'Anderson, qui s'est borné à dresser une liste des programmes post-scolaires, a montré l'insuffisance tant quantitative que qualitative de l'enseignement post-universitaire, tel qu'il se présentait alors.

Depuis, l'abondance de la bibliographie et la multiplicité des congrès consacrés à l'étude de la « Postgraduate Education » indiquent l'intérêt que marque l'Association médicale américaine à une réforme du troisième cycle des études. Éliminant volontairement de son programme d'études **l'information quotidienne du médecin** sous toutes ses formes, considérée comme trop personnelle pour faire l'objet d'un plan d'ensemble, les **études dites spéciales** qui permettent l'obtention d'un titre ou diplôme et de ce fait sortent de l'enseignement post-universitaire proprement dit et enfin, **les réunions des sociétés savantes**, dont la valeur est indiscutable mais dont le but essentiel n'est pas un perfectionnement du médecin praticien, l'American Medical Association s'est uniquement consacrée à réorganiser d'une manière efficace les cours **dits de « rafraîchissement »**. Elle a, tout d'abord, nommé un comité chargé de définir les buts et les principes de ce nouveau mode d'enseignement ; bases indispensables pour en améliorer la qualité et le rendre plus efficace.

C'est ainsi qu'en 1952, fut préparée une vaste enquête menée par le docteur Vollen et destinée à préciser la portée exacte de ce type d'enseignement tant au point de vue du consommateur qu'à celui des producteurs. Un questionnaire fut adressé à tous les praticiens américains ; 4923 réponses ont été obtenues (proportion bien faible, mais chiffre suffisant pour une étude statistique). Il fallait connaître également l'opinion du Corps enseignant, des divers groupements pouvant se charger matériellement d'organiser un cours de perfectionnement. Il était nécessaire, par ailleurs, de

déterminer quelle serait l'importance du budget à prévoir — 222 organismes ont été interrogés sur ce point, ce qui a permis de réunir des précisions de valeur. L'énorme travail du docteur Vollan, qui représente à l'heure actuelle le document le plus complet existant sur la question, a été présenté en 1954, au 50^e congrès de l'American Medical Association. Nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant d'indiquer les conclusions de ce rapport. Elles donnent, en effet, une excellente idée de l'état actuel de l'enseignement post-universitaire aux États-Unis, des réformes qui pourraient être tentées, des résultats déjà obtenus ; et surtout montrent les difficultés que l'on rencontre, lorsque l'on désire organiser le perfectionnement du médecin praticien, sur une base cohérente et compatible avec une conception libérale de la médecine.

1^o État actuel de l'enseignement post-universitaire aux États-Unis.

TABLEAU IV

	TEMPS CONSACRÉ ACTUELLEMENT (en jours de 8 heures)	TEMPS QUI POURRAIT ÊTRE CONSACRÉ (en jours de 8 heures)
Lectures	28,5	49,2
Activités hospitalières...	19	17,4
Contacts professionnels..	28	30,3
Sociétés savantes	4,1	2,2
Cours	3,7	10,5

Tableau montrant le temps consacré par les médecins américains en 1953 pour les diverses activités post-universitaires et le temps qu'ils désireraient consacrer, s'ils le pouvaient, à ces mêmes activités (*d'après VOLLAN*).

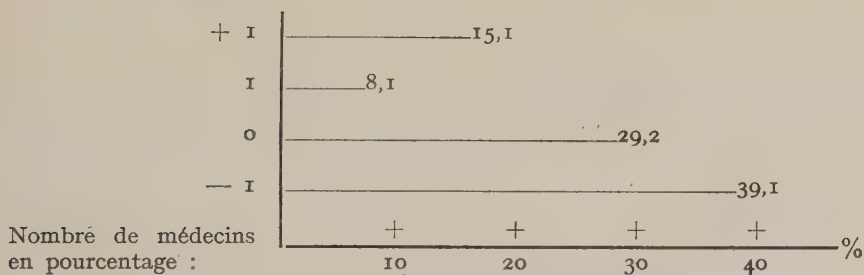
Le sondage effectué par le docteur Vollan a tout d'abord montré que le médecin américain consacre en moyenne 700 heures à un travail intellectuel (soit le cinquième de son activité professionnelle totale). Il faut noter, cependant, que les chiffres sont peut-être supérieurs à ceux qui proviendraient de l'interrogatoire de toute la population médicale ; les 5 000 médecins qui ont rempli le questionnaire peuvent, en effet, être considérés comme une élite, plus tentés par un perfectionnement continu que leurs confrères qui n'ont pas jugé utile de se pencher sur le problème. Quoi qu'il en soit, sur ce total 228 heures, soit environ un tiers, sont consacrées à la lecture : revues médicales, travail dans une bibliothèque. (Nous avons indiqué plus haut comment il est possible d'améliorer les qualités pédagogiques de la littérature médicale, et tout en reconnaissant, à ce point de vue, la valeur de certains périodiques américains, nous noterons que cette question n'est pas envisagée par le docteur Vollan et qu'elle ne fait l'objet d'aucune étude particulière de l'Association). Les contacts professionnels repré-

sentent, d'après Vollan, un autre tiers de l'activité post-scolaire des médecins américains ; ce qui s'explique par le développement important des cabinets de groupe. L'assistance à un cours de perfectionnement ne représente que 30 heures par an (soit 5 %) (*voir* tableau IV). Les médecins sentent pourtant la nécessité d'une telle discipline et se déclarent prêts à y consacrer 85 heures par an, soit une augmentation de 200 %.

Mais actuellement, un quart seulement de la population médicale, soit 40 000 médecins sur les 170 000 praticiens, bénéficient régulièrement d'un cours de perfectionnement. 40 % des médecins interrogés par le docteur Vollan n'ont suivi qu'une partie d'un cours depuis cinq ans, et 30 % n'ont assisté à aucun cours (*voir* tableau V). Or chaque année, 170 institutions tant privées que d'État se chargent d'organiser plus de 880 cours de perfectionnement.

TABLEAU V

NOMBRE DE COURS SUIVIS PENDANT UNE ANNÉE.



Nombre moyen de cours suivis par les médecins (VOLLAN).

a) LE RÔLE DES ÉCOLES DE MÉDECINE DANS L'ENSEIGNEMENT CONTINU DU MÉDECIN.

Un grand effort est demandé actuellement aux Écoles de médecine, toutes privées rappelons-le, mais qui ont admis, qu'alors qu'elles s'étaient chargées de la formation du médecin, elles devaient également s'assurer de son perfectionnement après son installation. C'est ainsi que 63 écoles sur les 85 ont créé un département d'enseignement post-universitaire, véritable chaire possédant un Doyen spécialement chargé de s'occuper de cette branche des études médicales et d'organiser un programme cohérent. Sept écoles se sont même limitées à l'enseignement post-universitaire. Ces instituts de perfectionnement sont malheureusement trop spécialisés, et offrent des programmes de longue durée, que peuvent difficilement suivre les praticiens.

Il était intéressant de noter le rôle joué par les Écoles de médecine, qui organisent plus de 80 % des cours de perfectionnement proposés chaque année aux praticiens. 27 sociétés savantes spécialisées et 46 groupements divers complètent les programmes des Écoles en préparant plusieurs fois

par an des réunions d'information et des conférences sur des sujets d'actualité.

b) LES HOPITAUX AMÉRICAINS ET LES PRATICIENS.

43 grands centres urbains offrent, par ailleurs des postes d'assistants médicaux à *plein temps*, pour des stages de perfectionnement de trois à six mois.

La complexité de l'organisation hospitalière américaine dont nous avons montré l'un des aspects, les affiliations, en parlant des résidences ne permet pas actuellement d'étendre cet avantage aux médecins ruraux et il est difficile de transformer les hôpitaux régionaux en cliniques ouvertes que pourraient fréquenter les praticiens en continuant leur pratique de clientèle.

Légalement, n'importe quel médecin peut poser sa candidature pour être admis à mi-temps, dans le staff d'un hôpital. Mais, pratiquement, les hôpitaux privés, qui assurent leur propre recrutement, exigent de leur personnel médical un diplôme de spécialiste, ce qui leur garantit un prestige extérieur.

Pour lutter contre cette pratique qui éloigne les omnipraticiens des services hospitaliers, l'Association médicale a rappelé en 1946 que tout médecin reconnu capable d'exercer en clientèle privée, devait pouvoir, s'il le désirait, obtenir un emploi hospitalier et qu'il devait être jugé, non pas sur ses titres et diplômes, mais sur sa valeur professionnelle. Reconnaisant la difficulté matérielle d'une telle évaluation, l'A.M.A. a recommandé la création dans la plupart des centres régionaux de Sections de praticiens. Les médecins, étroitement encadrés par les spécialistes du staff, seraient répartis en équipes et s'occuperaient par roulement des différentes consultations externes. Chacune des équipes à tour de rôle prendrait part aux activités des divers services spécialisés. Un programme d'enseignement théorique avec conférences, discussions en commun compléterait leur perfectionnement. Très appréciés par les praticiens, les « Departments of general practice » sont encore une exception, en raison de la difficulté pratique de leur organisation.

Voilà comment se présentait l'enseignement post-universitaire aux États-Unis avant que le « Council of medical education and hospitals » se préoccupe d'une réforme. Il peut se caractériser par le paradoxe suivant : Malgré l'important effort réalisé par les Écoles de médecine et bien que les médecins désirent profiter au maximum de ce mode d'enseignement, les cours post-universitaires, tels qu'ils étaient organisés avaient peu de succès auprès des praticiens. Volla s'est efforcé d'indiquer les raisons de cet échec et ses conclusions peuvent être schématisées en quatre points :

- Il n'y a pas assez d'heures de cours prévues chaque année ;
- Le manque d'organisation centrale et le développement spontané de l'enseignement sans bases suffisantes a abouti à un défaut d'uniformité dans la répartition spatiale des facilités post-scolaires. Ainsi

le nombre des cours organisés dans un État n'est pas toujours en rapport avec la population médicale du même État ;

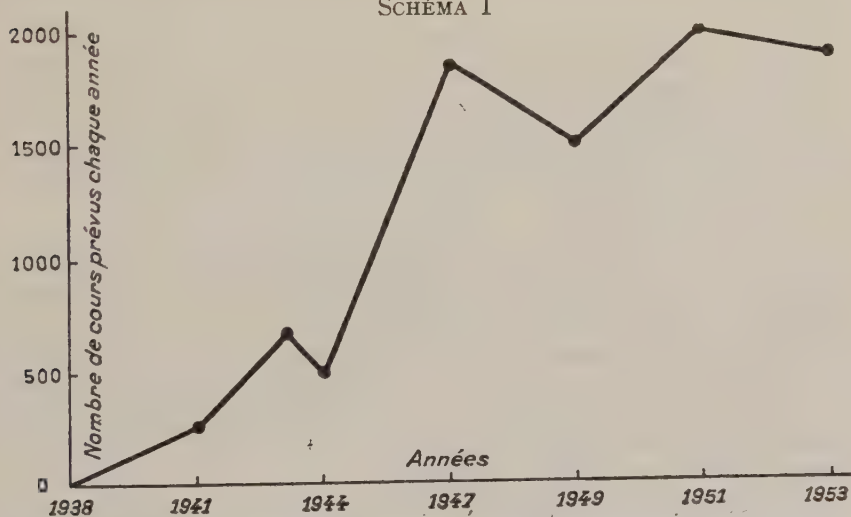
- Trop d'obstacles limitent l'assistance des médecins aux cours de perfectionnement. Il est indispensable de les supprimer avant toute chose ;
- Enfin, la plupart des programmes traités ne répondent pas aux besoins des médecins praticiens — l'enseignement des spécialités l'emportant sur le rafraîchissement des connaissances générales.

Après avoir précisé ces divers points, nous indiquerons comment certains ont pu être améliorés depuis 1954, et dans quel sens se poursuit la réforme actuelle de l'enseignement post-scolaire aux États-Unis.

2^o *Insuffisance quantitative des programmes de perfectionnement aux États-Unis.*

Si l'on construit, d'après Vollan, la courbe de l'accroissement annuel des programmes de perfectionnement post-scolaire depuis 1938 jusqu'à ces dernières années (*voir* schéma I) on remarque qu'après une pente rapidement ascendante jusqu'en 1946 (en tenant compte de la période de guerre) la ligne dessine actuellement un palier s'inscrivant à un niveau inférieur à ce qui serait utile.

SCHÉMA I



Courbe de nombre de cours prévu chaque année depuis 1938 jusqu'à 1953 (d'après Vollan).

On peut, en effet, admettre avec la plupart des auteurs qu'un médecin doit consacrer en moyenne dix jours par an, soit cinquante heures, à l'assistance à un « cours de rafraîchissement » (tel est le minimum exigé, par

l'Academy of general practice, pour ses membres). Il est aisé, sur cette base, de calculer le nombre d'heures totales qu'il faudrait prévoir chaque année. Pour les 170 000 praticiens américains, on obtient la somme cumulative de 8 500 000 (nombre de médecins multiplié par nombre d'heures de cours minimum). Chaque heure étant suivie par dix médecins, il faudrait donc prévoir 850 000 heures de cours chaque année. Or actuellement, on en compte en moyenne 140 000, ce qui correspond à un chiffre beaucoup trop faible de huit heures de perfectionnement par médecin et par an. Il serait donc indispensable de prévoir une augmentation de cinq à six fois.

3° Le manque d'organisation centrale: ses conséquences sur la répartition spatiale et la coordination de l'enseignement post-scolaire.

Augmenter seulement le nombre d'heures de cours ne suffirait pas, semble-t-il à résoudre tous les problèmes. La faiblesse actuelle de l'enseignement post-scolaire américain provient, en effet, pour une grande part du manque total de coordination et de l'absence de plan d'ensemble.

La diversité extrême des institutions patronnant les cours de perfectionnement est plus une gêne qu'un succès. Certes, presque toutes les écoles, la plupart des sociétés savantes, de nombreux hôpitaux ont spontanément compris la responsabilité qu'ils avaient dans l'information périodique du médecin, mais ces divers groupements agissent chacun pour leur propre compte, sans liaison avec les autres. Ceci aboutit à une extraordinaire duplication des efforts. Un même sujet est bien souvent choisi pour plusieurs programmes dans une même région et au même moment, et on peut dire que sur les 1 800 cours organisés chaque année aux États-Unis et au Canada, 250 font double emploi avec un autre.

Par ailleurs et pour la même raison, le développement de l'enseignement s'est fait, spontanément et sous l'influence de facteurs économiques et financiers, vers une cristallisation urbaine, ce qui a entraîné un manque très net d'uniformité dans la répartition spatiale des programmes. En effet, si l'on compare dans les États la population médicale et le nombre d'heures de cours, on remarque un déséquilibre très net entre ces données. (Dans les deux cartes reproduites ici, nous avons divisé les États-Unis en grandes régions, englobant plusieurs États qui forment une unité, un ensemble démographique et économique).

La première carte (schéma II a) indique pour chaque région le nombre d'heures maximum que pourrait *théoriquement* suivre un médecin sans quitter son État (chiffre moyen pour tous les États-Unis 1,2 : 139 400 heures et 167 900 médecins). S'il est bien évident que New York et ses environs offrent l'éventail le plus large de facilités post-scolaires, cette région est suivie de très près par cinq autres États, et ainsi près de 90 % du nombre total des heures de cours se trouve concentré dans un

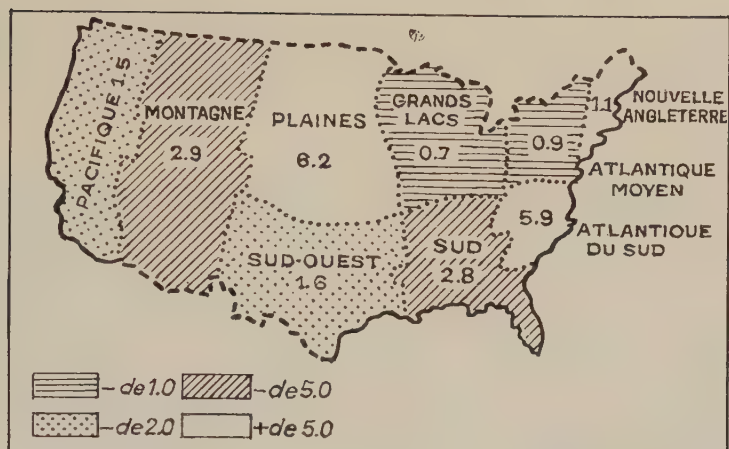


SCHÉMA II (a) : Carte représentant le rapport qui existe dans chaque grande région entre le nombre de médecins et le nombre d'heures de cours offertes.

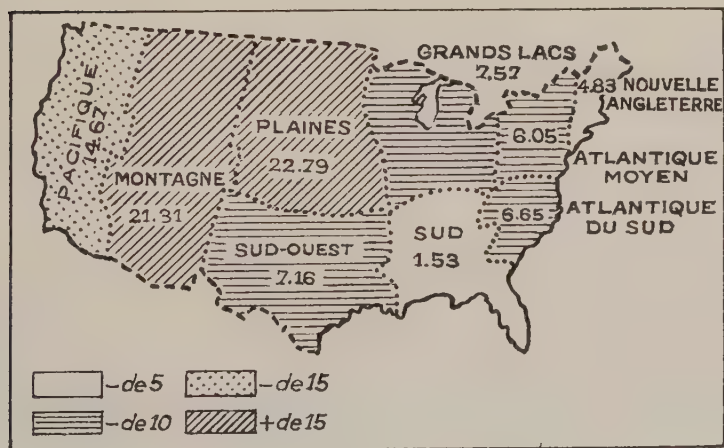


SCHÉMA II (b) : Carte représentant le rapport qui existe dans chaque région entre le nombre de médecins et l'assistance des médecins aux cours.

Distribution par région, de la population médicale, du nombre de cours et de l'assistance des médecins aux cours (d'après Vollen).

périmètre ne représentant pas la moitié de la population médicale (voire même dans quatre ou cinq villes). La Nouvelle-Angleterre, l'Atlantique moyen, la région des Grands Lacs ont ainsi un rapport égal ou même inférieur à 1 (ce qui atteint presque le point de saturation), alors que la

TABLEAU VI

RÉGION	Nombre de médecins	Nombre d'heures de cours	Rapport médecins heures de cours	Assistance totale des médecins	Rapport médecins Assistance totale
États-Unis....	167 939	139 477	1,2	1 148 101	8,82
Nouvelle- Angleterre .	13 100	12 388	1,1	63 304	4,83
Atlantique Moyen	45 175	50 257	0,9	273 298	6,05
Atlantique du Sud	13 098	2 224	5,9	87 040	6,65
Sud	13 434	4 846	2,8	20 548	1,53
Grands Lacs..	33 084	46 176	0,7	250 342	7,57
Plaines	14 274	2 296	6,2	325 256	22,79
Sud-Ouest ...	12 762	7 741	1,6	91 370	7,16
Montagne....	4 873	1 692	2,9	163 824	21,31
Pacifique	18 139	11 857	1,5	266 119	14,67

Distribution par région de la population médicale, du nombre de cours et de l'assistance des médecins aux cours (*d'après* VOLLAN).

région des Plaines, essentiellement rurale, ne prévoit chaque année que 2 296 heures pour 14 274 médecins, ce qui, par contre, est tout à fait insuffisant (tableau VI).

La seule solution que l'on pourrait proposer à un tel problème serait d'organiser l'enseignement d'une manière cohérente sur le plan national, régional ou à la rigueur fédéral. Plusieurs essais ont été tentés pour grouper dans un État les diverses institutions en un Institut post-universitaire unique. Un résultat remarquable a été obtenu à ce point de vue dans le Massachusetts où les écoles, hôpitaux, sociétés savantes et groupements privés réunissent leurs efforts et mettent sur pied un programme annuel cohérent, qui tient compte de la répartition médicale dans l'État. Par ailleurs, un comité spécial du "Council of medical education and hospitals" a été nommé pour tenter de coordonner sur le plan national l'enseignement post-universitaire, comme le sont les autres branches de l'éducation médicale. Fondé en 1956, ce comité s'est jusqu'à maintenant surtout consacré à la préparation d'un texte officiel qui codifierait les caractères propres à cet enseignement et à rechercher les moyens qui permettraient de juger objectivement la valeur d'un cours pour praticiens. Le comité d'étude n'a pas encore résolu d'une manière définitive les difficultés matérielles d'une

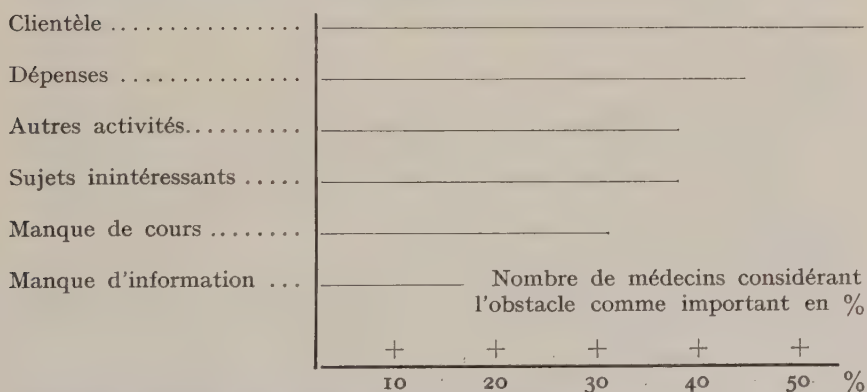
régionalisation des facilités post-universitaires, mais constitue une tentative intéressante pour aboutir à une direction nationale du perfectionnement du médecin (qui pourrait, par exemple, reposer sur le cadre déjà existant des Écoles de médecine).

4^o *Le rendement de l'enseignement post-universitaire aux États-Unis: le facteur humain.*

Les autres conclusions du rapport Vollan étudient un aspect plus humain du problème. Il serait, en effet, inutile d'agir uniquement en augmentant le nombre d'heures de cours de perfectionnement, si les médecins ne pouvaient ou ne désiraient pas y assister. Or il est intéressant de noter que les médecins, installés dans les régions les plus favorisées, ne profitent pas au maximum des facilités qu'on leur propose. Si l'on admet que l'on puisse se faire une première idée de l'efficacité, du rendement d'un cours en comparant, dans une région, le nombre d'heures de présence au nombre de médecins, on s'aperçoit qu'il existe des différences importantes d'un État à l'autre, non expliquées par la mauvaise répartition spatiale. Ainsi, les 14 274 médecins de la région des Plaines ont fourni, en 1953, 325 256 heures de présence (soit en moyenne vingt-trois heures par médecin), alors que, nous l'avons vu, cette région est très mal desservie (tableau VI).

Le rendement des cours est, par contre, mauvais, dans l'un des centres les mieux équipés, la région de l'Atlantique moyen : 45 175 médecins, 273 298 heures de présence à 502 257 heures de cours en 1953 soit un rapport de 6,82. Il est donc utile de montrer pourquoi les médecins améri-

TABLEAU VII



cains n'assistent pas davantage à des programmes post-scolaires, même lorsqu'il en existe un grand choix dans les limites mêmes de leur région.

Le questionnaire du docteur Vollan a montré (tableau VII) qu'alors que le manque de facilités post-universitaires ne représentait qu'un obstacle mineur pour beaucoup de médecins, plus de 50 pour cent des praticiens affirment avoir beaucoup de mal à quitter leur clientèle et se plaignent que l'assistance à un cours leur revient trop cher. Voyons comment ces obstacles peuvent être évités.

a) *L'enseignement post-scolaire considéré comme frais professionnel.*

L'Association médicale s'est penchée avec intérêt sur cette question et, à la suite de pourparlers avec le Service des Contributions Directes, a obtenu officiellement en 1953 que le Trésor public reconnaisse les frais occasionnés par l'inscription à un cours comme dépense professionnelle, pouvant être déduite de l'impôt sur le revenu.

Le texte officiel rappelle que les dépenses engagées par le médecin pour son éducation sont à sa charge lorsqu'il s'agit pour lui de s'élever dans la hiérarchie sociale, ou d'obtenir un diplôme, une qualification. Par contre, peuvent être déduits les frais liés à un *perfectionnement dépendant obligatoirement de la profession qu'exerce le médecin*. Tel est le cas des cours dits de perfectionnement, destinés avant tout à maintenir l'individu à un niveau indispensable et non à le faire progresser. Pour être reconnu, le cours doit être de courte durée, occasionnel et non permanent ; il ne doit pas permettre l'obtention d'un diplôme ou d'un titre (ce qui élimine, de ce cadre, la formation des spécialistes). Par ailleurs, ne sont déductibles que les frais d'inscription, de transport et de logement, dépendant étroitement de l'assistance à un cours, et non les voyages dits d'étude, pouvant être considérés comme une activité personnelle.

b) *Le remplacement du médecin praticien : les problèmes qu'il pose.*

Le remplacement du médecin qui s'inscrit à un cours de perfectionnement pose parfois un problème difficile à résoudre.

Le médecin de « famille » se trouve, en effet, devant l'alternative suivante :

- soit confier sa clientèle à un confrère, mais solution passagère devant se limiter aux soins des urgences, car rares sont les médecins qui accepteraient de s'occuper d'une clientèle brusquement doublée et une telle pratique pourrait entraîner à la longue un désaccord professionnel entre les deux confrères ;
- soit chercher à se faire remplacer par un étudiant en fin de scolarité, mais il est parfois difficile de trouver un « locum-tenens » pour quelques jours seulement.

Aussi l'Academy of general practice s'est-elle proposée d'organiser des centres de dépannage où les médecins pourraient trouver un remplaçant choisi parmi les résidents de l'hôpital régional. Cette pratique entrerait dans le cadre des « Preceptorships » (*voir*, internat aux États-Unis, p. 23).

Il faut également tenter de réduire la distance que doit parcourir le médecin pour se rendre au centre d'enseignement et, au maximum, amener jusqu'à son domicile les avantages qu'il trouve dans la ville universitaire. Tel est le but des « circuits extramuraux », qui sont organisés actuellement par plus de douze écoles post-universitaires. L'université de Utah offre un programme original. Les moniteurs utilisent, dans leur circuit rural, un wagon contenant un appareil de projection, un bloc d'enregistrement électrocardiographique particulier qui montre des tracés normaux et pathologiques. Le matériel clinique est choisi parmi la clientèle des médecins visités. Sur simple demande, les médecins de Utah reçoivent, par ailleurs, une trousse éducative « audiovisual seminar kits », contenant sur un sujet clinique un disque rappelant les bases théoriques et des diapositives qui fournissent une documentation pratique de réelle valeur, pour ceux qui n'ont pu assister au cours traitant de cette question.

c) *La place de la télévision dans le cadre de l'enseignement post-universitaire.*

De grands espoirs sont placés actuellement dans la télévision médicale qui donnera peut-être prochainement à tous les médecins la possibilité de recevoir, à leur cabinet, et sans quitter leur clientèle l'enseignement systématique retransmis de la ville universitaire.

C'est en 1947, lors d'un congrès de la « John Hopkins Medical and Surgical Association » que, pour la première fois, un programme de télévision a été présenté au corps médical. Il s'agissait de la vision en direct d'une intervention chirurgicale. Le programme en noir et blanc mettait l'accent sur les techniques opératoires. En juin 1949, après huit années d'essais techniques et grâce au financement d'un laboratoire pharmaceutique, la première émission en couleur fut préparée pour les médecins réunis à Atlantic City, à un congrès de l'American Medical Association. Et c'est en 1953 que l'université de Utah a émis sur une grande échelle, un programme éducatif destiné aux praticiens isolés. Les émissions purent être captées par plusieurs milliers de médecins dans un rayon de 150 kilomètres.

Actuellement, l'entrée de la télévision dans les moyens de perfectionnement à domicile n'est plus une utopie. Un congrès de l'A.N.A. a été spécialement consacré à la télévision médicale et actuellement plus de trente stations sont équipées pour émettre des programmes médicaux post-scolaires dont peuvent profiter les médecins de dix-huit États.

Un problème se pose alors immédiatement à l'esprit. Comment éviter que le grand public ne suive les programmes réservés aux médecins, ce qui serait extrêmement dangereux et limiterait la portée de cet enseignement. Plusieurs solutions techniques ont été proposées ; nous n'en indiquerons que les réalisations pratiques.

1° Certaines stations émettent des images qui ne peuvent être captées que sur un écran particulier, placé par exemple dans une faculté, lors d'un congrès, ou dans un hôpital régional. Mais les médecins doivent se réunir pour assister à l'émission et cette obligation entraîne parfois les mêmes

difficultés qu'un simple cours : difficultés pour les médecins éloignés du centre, heures ne convenant pas à tous.

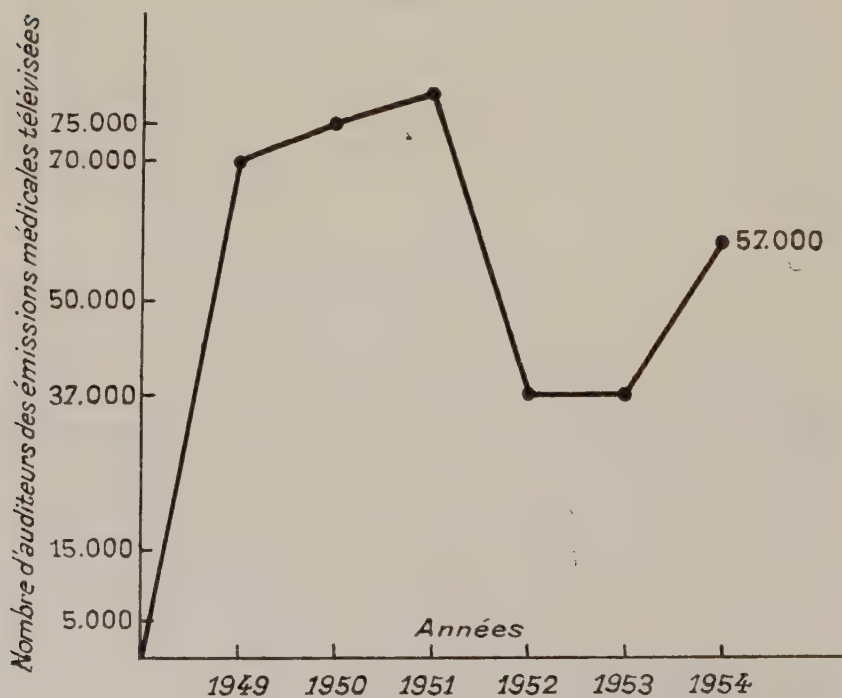
2^o Certains émetteurs choisissent des heures creuses, pendant lesquelles le public n'est pas habitué à se servir de son appareil ; les médecins étant prévenus par lettre personnelle de l'heure et du programme. Mais on peut craindre malgré tout que le public ne découvre l'émission et les heures très matinales choisies habituellement ne plaisent pas toujours aux médecins.

3^o Récemment de gros progrès ont été réalisés, permettant une utilisation rationnelle de la voie télévisée pour le corps médical exclusivement. Il existe, en effet, des appareils spéciaux, que seuls les médecins peuvent acquérir, captant sur une « onde » particulière les émissions médicales télévisées. C'est le « Controlled open circuit television ».

Ainsi adaptée la télévision médicale pourrait offrir de multiples avantages. La facilité avec laquelle le médecin peut suivre un enseignement sans quitter son domicile est évidemment le progrès le plus important permis par cette technique nouvelle. Notons encore :

— La valeur pédagogique des gros plans qui mettent en relief un détail d'une technique chirurgicale, d'un geste opératoire ;

SCHÉMA III



Nombre d'auditeurs des émissions médicales télévisées.

— La camera permet à des centaines de médecins de voir aussi bien que le radiologue, d'examiner avec le spécialiste l'intérieur des bronches, de l'œsophage ;

— La simple clinique praticienne, elle-même de ce mode d'enseignement par présentation de malades qui permettent au moniteur de rappeler comment on examine rationnellement un organe souvent mal palpé par les praticiens (intérêt des gros plans).

Quel a été le succès obtenu par la télévision auprès des médecins et comment évaluer sa valeur pédagogique par rapport à l'enseignement classique ? Telles sont les questions que se sont posées les membres de l'A.M.A. avant d'admettre ce procédé dans les programmes d'enseignement.

La courbe reproduite ici (schéma III) montre que 57 000 médecins ont suivi en 1954 les cours télévisés, ce qui est un chiffre très important.

Le schéma rend bien compte des progrès techniques réalisés successivement. Début de la télévision médicale en 1949 ; 1951, première émission en couleur sur une grande échelle ; 1954, début des « circuits ouverts ».

Plusieurs tests ont été proposés aux médecins. Envoyés trois semaines après l'audition du cours, ils ont permis d'affirmer que l'enseignement télévisé avait une valeur pédagogique au moins aussi grande qu'un cours habituel. Nous avons indiqué dans le tableau ci-joint (tableau VIII) les résultats de l'un de ces tests écrits.

Le coût d'une telle organisation (appareils spéciaux, émetteurs spécialisés, etc.) est encore difficile à établir, car la plupart des installations sont encore à l'état d'expérimentation et loin d'être amorties. Mais les experts américains admettent que, si la majorité des médecins suivaient les cours télévisés, la dépense par médecin serait modique. Une telle méthode d'enseignement permettrait d'autre part d'éviter la dispersion des efforts entre les différentes institutions post-universitaires (qui ne seraient pas pour autant supprimées), ce qui diminuerait le budget total.

TABLEAU VIII

TITRE DU COURS	NOMBRE DE RÉPONSES EXACTES AUX QUESTIONS POSÉES SUR LE SUJET	
	Auditeurs du cours télévisé	Auditeurs du même cours non télévisé
Obstétrique du praticien	78 %	62 %
Tumeurs	76 %	78,9 %
Hépatites infectieuses.....	75 %	50,4 %
Rhumatismes articulaires	82 %	56 %

Tableau montrant le résultat d'un test permettant de juger de la valeur pédagogique d'un cours télévisé par rapport au même cours non télévisé.

5° *Insuffisance qualitative des programmes destinés aux praticiens.*

Il nous reste à étudier le fait capital qui, à lui seul diminue la valeur pratique de l'enseignement post-scolaire, tel qu'il se présente actuellement aux États-Unis : 40 % des médecins interrogés par le docteur Vollan se plaignent que les sujets traités ne les concernent pas et 20 % affirment avoir été déçus par les conférences auxquelles ils avaient assisté les années précédentes (tableau VII, p. 73).

On admet facilement que l'enseignement post-universitaire est surtout utile au médecin de médecine générale, peut-être plus encore à lui qu'à son confrère spécialiste. Or les sujets traités dans la majorité des programmes de perfectionnement sont, ou trop spécialisés, ou, lorsqu'il s'agit d'une question simple, présentée sous une forme inadaptée aux besoins de la médecine praticienne. On délaisse souvent la clinique pour envisager des points complexes de pathologie ou pour présenter des techniques de laboratoire, trop coûteuses pour être utilisables en clientèle de ville. Et ce sont souvent les problèmes les plus simples qui déroutent le praticien qui veut surtout un rafraîchissement de ses connaissances de base. C'est ainsi qu'alors que 48,7 % des médecins se limitent à la médecine générale, 4 % seulement des cours leur sont spécialement destinés (*voir* tableaux IX et X). Certaines spécialités, par contre, offrent un nombre d'heures de cours tout à fait disproportionné avec le nombre de médecins ayant choisi ce type de pratique. Les chirurgiens qui représentent 30 % de la population médicale voient ainsi consacrée à leur spécialité plus de la moitié des cours.

6° *Conclusion.*

L'étude du rapport du docteur Vollan nous a paru une base intéressante pour indiquer comment peut se concevoir, d'une manière pratique, un enseignement post-scolaire dans le cadre d'une médecine libérale. Si l'on veut, en effet, faire profiter au maximum les médecins praticiens d'un perfectionnement continu, sans en rendre le principe obligatoire, ce que nous aurons à discuter, mais qui est peu compatible avec les conceptions d'une médecine libérale — il faut résoudre au préalable les trois problèmes qui se posent actuellement aux États-Unis où la « Post-graduate education » s'est développée spontanément :

1° On peut poser en principe que si les médecins ne sont pas intéressés par l'enseignement post-universitaire, tel qu'on leur propose, c'est, soit que les matières enseignées ne leur conviennent pas, soit que l'enseignement leur est présenté d'une manière inadéquate. On en vient donc à la nécessité de définir, avant toute chose, un programme cohérent, qui ne peut être conçu utilement avant que l'on ait évalué d'une manière précise les besoins réels des médecins, tant quantitatifs que qualitatifs ;

TABLEAU IX

TYPE DE PRATIQUE	Nombre d'heures de cours	Assistance totale	Nombre de médecins de ce type de pratique
Total	100 %	100 %	100 %
Médecine générale	4,1	16,2	48,2
Chirurgie	46,0	32,1	29,0
Anesthésiologie.....	14,3	3,5	1,1
Obstétrique	9,3	2,8	6,2
Orthopédie	0,5	0,2	1,4
O.R.L.	4,8	6,0	3,0
Chirurgie générale	10,2	7,5	11,5
Urologie.....	1,6	2,2	1,6
Dermatologie	2,4	0,4	1,2
Médecine interne	24,0	19,0	8,9
Pédiatrie.....	3,9	2,2	3,8
Psychiatrie et neurologie.....	4,5	6,3	2,7
Radiologie	3,9	1,3	2,0
Divers	9,9	12,4	7,6

Tableau montrant le manque de répartition entre le nombre de médecins d'une spécialité et le nombre de cours prévus pour cette spécialité (*d'après VOLLAN*).

TABLEAU X

Chirurgie 46 %	Chirurgiens 29 %
Médecine générale 4,1 %	Médecins praticiens sans spécialités 48,7 %
Autres spécialités 43,5 %	Autres spécialistes 22 %

NOMBRE DE COURS EN POURCENTAGE

NOMBRE DE MÉDECINS EN POURCENTAGE

Schéma montrant le manque de répartition entre le nombre de médecins d'une spécialité et le nombre de cours prévus pour cette spécialité (*d'après VOLLAN*).

2° Il est impossible d'imaginer une extension de cette branche de l'éducation médicale, sans recourir à la participation du plus grand nombre possible d'institutions bénévoles, contribuant chacune selon ses possibilités à l'édifice complet. Certes il serait tentant de confier l'exclusivité de cette charge à un corps unique et parler d'instituts de perfectionnement qui disposeraient de toutes les facilités cliniques nécessaires, et auxquels seraient attachés des Professeurs d'enseignement post-universitaire à plein temps. Mais l'enquête de Vollan a nettement montré qu'il était impossible de surcharger davantage les départements post-scolaires des Écoles de médecine, qui fournissent déjà un gros effort ;

3° La multiplicité des institutions dont nous avons montré l'utilité entraîne comme conséquence la nécessité d'une organisation centrale. Ce rôle doit-il être confié aux Services de Santé gouvernementaux, ou aux représentants de la corporation médicale ? Le problème se pose, d'une manière particulière aux États-Unis, où l'A.M.A. est une association professionnelle extrêmement puissante, déjà engagée dans la majorité des problèmes touchant la profession. C'est ainsi que le Council of medical education and hospital, l'un des comités de l'A.M.A. qui dirige sur le plan national la formation des médecins, a été tout désigné pour étendre son intérêt au troisième cycle des études médicales. Nous avons vu comment ce comité avait su, par son autorité, résoudre certains des problèmes posés par l'internat ; il est donc possible de penser qu'une solution de même ordre puisse être trouvée pour répartir harmonieusement les facilités post-universitaires, pour garantir aux médecins la qualité des cours post-scolaires et ainsi donner son plein développement à cette branche indispensable de l'enseignement du médecin.

*
* *

— L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE EN GRANDE-BRETAGNE

Le perfectionnement des médecins inscrits au Service national de santé est actuellement, en Grande-Bretagne, une fonction essentielle des Écoles de médecine, presque aussi importante que la formation des étudiants. Les universités ont, en effet, été chargées officiellement de cette mission. Mais leur rôle n'est pas tant d'organiser des cours et des conférences, que leurs possibilités matérielles ne leur permettraient pas d'offrir en nombre suffisant pour couvrir les besoins des praticiens locaux, que de répartir uniformément les diverses activités post-scolaires entre les divers organismes et institutions privés susceptibles de préparer un programme de perfectionnement. A chaque école est rattaché, dans ce but, un département d'enseignement post-universitaire, véritable centre régional de perfectionnement médical qui peut, selon les cas, être isolé en institut (Postgraduate school) ou n'être qu'un comité spécial ayant à sa tête un doyen. Nous pensons qu'il peut être intéressant de montrer comment est organisée sur le plan pratique la régionalisation basée sur les écoles, qui, loin de freiner les initiatives privées, les favorise au contraire et les soutient. C'est ainsi que de nombreux hôpitaux régionaux, certaines sociétés savantes et surtout les innombrables sections locales du College of general practitioners viennent compléter et élargir le cadre insuffisant que représentent les Universités.

1^o Régionalisation de l'enseignement post-scolaire en Grande-Bretagne: le rôle des universités.

Depuis 1935 existait à Londres une école de perfectionnement (la British postgraduate medical school) qui préparait les futurs spécialistes aux divers diplômes supérieurs. Mais rien n'avait été prévu pour le « rafraîchissement » périodique des médecins praticiens.

En 1945, une Charte royale a transformé ce centre hautement spécialisé en Fédération nationale (la British postgraduate medical federation) chargée, à côté de la formation des spécialistes et de l'instruction des chercheurs, d'organiser l'enseignement des médecins sur le plan national en groupant au comité central les divers centres régionaux universitaires. La Fédération a pour mission de « coordonner les activités des universités et, en réunissant à intervalles réguliers les doyens d'enseignement post-scolaire, de fixer avec eux un programme annuel » ; mais également d'agir comme centre régional en « organisant des cours, conférences et journées d'étude et en facilitant le contact hospitalier des praticiens tant à Londres

que dans les centres ruraux et semi-ruraux de cette région sanitaire ». Ces extraits des règlements de la Fédération indiquent bien que le cadre fourni par les Universités n'a pas pour but de donner aux écoles l'exclusivité de l'enseignement post-scolaire, mais de permettre une étude à l'échelle nationale de la répartition du travail de chacun selon un vaste plan d'ensemble. C'est ainsi, qu'en plus des cours qu'elle organise chaque année dans les quinze Instituts spécialisés londoniens, la B.P.N.F. s'est attachée à développer les possibilités d'enseignement des hôpitaux régionaux et communaux. Actuellement, outre les centres londoniens dépendant des Instituts, onze hôpitaux d'enseignement et quarante-sept centres hospitaliers régionaux organisent chaque année autour de Londres plus de cinquante stages de perfectionnement. Un développement semblable du capital hospitalier d'enseignement est envisagé dans les autres régions sanitaires.

La Fédération est secondée également par les Collèges royaux. C'est ainsi que le College of general practitioners, dont l'un des buts principaux est « de réunir les praticiens en vue de favoriser leur perfectionnement mutuel » vient compléter et parfaire le schéma de la Fédération. Le Comité central du collège, s'appuyant sur trente-deux sections locales, s'efforce :

— 1^o D'étudier la valeur pédagogique des cours de perfectionnement organisés par les Universités ; et de préparer un programme au long terme permettant d'assurer une continuité et un équilibre entre les cours déjà donnés et ceux qui doivent avoir lieu ;

— 2^o D'adapter l'enseignement post-scolaire aux désirs et besoins des médecins, tant au point de vue des sujets traités, que des lieux, dates et détails matériels ;

— 3^o D'augmenter le succès remporté par ce mode de perfectionnement et d'en accroître l'efficacité en encourageant les membres du Collège à profiter des avantages qu'on leur offre ; en constituant un centre d'information et en prévenant directement les médecins des cours auxquels ils peuvent assister dans leur région ;

— 4^o De compléter au maximum les programmes réalisés par les universités, en mettant sur pied pour les membres du Collège des cours, conférences et journées d'étude, qui n'auront leur plein développement qu'après avoir bénéficié du patronage officiel des universités.

Formant la liaison directe entre les praticiens et les universités, le College of general practitioners, bien que n'étant pas reconnu officiellement par le National Health Service, contribue pour beaucoup à assurer le développement de l'enseignement postuniversitaire en Grande-Bretagne.

2^o Influence du Service national de Santé sur l'enseignement post-scolaire en Grande-Bretagne.

Comme nous venons de l'indiquer, l'organisation générale de l'enseignement post-scolaire repose en Grande-Bretagne, sur une conception tout

à fait libérale et n'a pratiquement pas été modifiée par l'institution en 1948 du Service de santé.

La « Postgraduate education » est reconnue officiellement par le gouvernement qui en admet la nécessité. Le ministre de la Santé avait envisagé d'en rendre le principe obligatoire pour tous les médecins qui désireraient faire partie du N.H.S. Cette mesure a été violemment combattue par la British Medical Association qui l'a jugée incompatible avec l'esprit de la médecine en Grande-Bretagne.

Pour augmenter l'attrance des médecins vers ce mode de perfectionnement, l'association a demandé s'il était possible d'intéresser financièrement les médecins en accordant une augmentation de leurs honoraires à ceux qui suivraient régulièrement un programme post-scolaire. Cette proposition fut rejetée par le gouvernement, qui pense que la valeur pédagogique d'un cours ne peut actuellement être estimée d'une manière suffisamment précise pour que l'on puisse savoir si l'assistance à l'un de ces cours a réellement amélioré les qualités professionnelles du médecin. Cette manière de voir nous paraît du reste inexacte, car même si le cours ne donne pas un bénéfice immédiat qui peut être chiffré, il n'en est pas moins indispensable aux médecins, qui sans ce rafraîchissement périodique ne seraient plus au niveau des connaissances que l'on exige d'eux. Par contre, le gouvernement a reconnu l'intérêt qu'il y avait à accorder un avantage matériel au médecin s'inscrivant à un cours. Le texte de loi, instituant le Service de santé stipule, en effet, que le ministre de la Santé est habilité à couvrir les dépenses des médecins pendant leur stage de perfectionnement (prix du transport — qui doit se faire nécessairement en chemin de fer ! — coût du séjour dans la ville universitaire), à condition qu'ils fassent partie du N.H.S. et qu'ils aient un minimum de cinq cents malades sur leur liste. L'aide gouvernementale comprend également le paiement des droits d'entrée pour tous les médecins inscrits. Le versement est fait directement à l'Université, qui, pour en bénéficier, doit obligatoirement, soit organiser elle-même le programme, soit au moins le patronner. Cette mesure tend à augmenter l'efficacité du contrôle exercé par les centres régionaux.

Le remplacement du médecin, pendant son absence, est enfin pris en charge par le Service de santé qui verse une prime de seize livres par semaine destinée à payer le remplaçant.

Si l'organisation de la médecine d'État a facilité matériellement le perfectionnement des praticiens anglais, elle a modifié, par contre, la structure administrative des hôpitaux régionaux, qui se trouvent, à l'heure actuelle, pratiquement fermés aux omnipraticiens. Avant 1948, la plupart des hôpitaux ruraux fonctionnaient comme des « cliniques ouvertes » dirigées par les médecins locaux qui pouvaient faire admettre leurs patients tout en continuant à les suivre et ne faisaient appel aux « consultants » résidents que s'ils le jugeaient utile. Ces « Cottage Hospitals » sont devenus brusquement propriété du ministre de la Santé, comme tout le capital hospitalier. Enlevés à la direction des praticiens, ils ont été placés sous l'autorité de Conseils d'administration d'État qui les ont transformés en

centres communaux spécialisés. Pour lutter contre cette pratique qui éloignait les omnipraticiens de tout contact hospitalier, le ministre de la Santé a créé des postes d'assistant médical à temps partiel. Le centre hospitalier de Cambridge compte ainsi huit médecins praticiens parmi son personnel médical. Les postes de « Clinical assistant » sont occupés à tour de rôle par les divers praticiens locaux. Il est prévu, par ailleurs, un roulement tous les trois ou six mois, qui permet à l'assistant de choisir le service de spécialité qui l'intéresse.

3^o Estimation quantitative et qualitative du succès remporté par les cours post-scolaires en Grande-Bretagne.

S'il est facile de connaître comment est organisé sur le plan national l'enseignement post-scolaire en Grande-Bretagne, par contre, aucune étude d'ensemble n'a été faite sur le nombre d'heures de cours organisés chaque année ni sur le nombre de médecins touchés par cet enseignement.

Nous n'avons pu trouver que quelques chiffres :

- 1 087 médecins ont assisté aux 53 cours préparés dans la région de Londres par la British Postgraduate Medical Federation.
- L'université de Durhan a enregistré 70 inscriptions aux cours de perfectionnement qui ont eu lieu en 1955-1956 dans la circonscription ;
- 100 médecins ont suivi les cours de l'université de Liverpool.

Les efforts du College of general practitioners pour augmenter la participation de ses membres aux diverses activités post-universitaires peuvent plus facilement être chiffrés. D'après les résultats d'une enquête récente, à laquelle la majorité des membres ont répondu, plus de la moitié des 3 700 membres ont assisté en 1955-1956 au moins à une conférence ou à une visite dirigée d'un service hospitalier (la proportion atteint 65 % dans certaines régions, Pays de Galles).

22 % des médecins interrogés ont pu utiliser pour leur clientèle un lit dans un hôpital communal, 34 % dans une clinique d'accouchement (50 % des médecins par ailleurs, peuvent pratiquer leurs accouchements dans des cliniques privées).

23 % bénéficient de poste d'assistant à temps partiel dans un hôpital régional (mais près de 50 % aimeraient que cette pratique fût étendue et affirment pouvoir consacrer à cette activité plus de temps qu'ils ne le font actuellement).

Le contact hospitalier des médecins urbains est moins fréquent. Ainsi à Londres, sur 2 200 omnipraticiens, 900 seulement peuvent profiter d'un lit ouvert dans une maternité, et les 500 praticiens de Birmingham ne peuvent pas accéder aux cliniques de la ville.

La valeur des cours est jugée insuffisante par 36 % des médecins ruraux, 45 % dans les régions semi-rurales, et 42 % dans les villes.

Notons enfin que 27 % des membres du College aimeraient présenter des rapports personnels dans les cours de rafraîchissement.

C. L'ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE EN U.R.S.S.

Les programmes de l'enseignement de la médecine en U.R.S.S. ont subi, depuis quelque trente ans, de nombreuses transformations. En 1947, la Faculté formait à la hâte des milliers de médecins qui recevaient l'autorisation d'exercer après trois ou quatre ans d'études sanitaires, ce qui a permis au gouvernement de lutter contre les épidémies, car les 20 000 médecins de la Russie tsariste ne suffisaient pas aux besoins de la population. Le Service de santé soviétique se trouve donc maintenant devant deux tâches : Augmenter le nombre des médecins (les 270 000 praticiens actuels n'étant pas suffisants) et organiser des « cours de perfectionnement » pour les médecins formés trop rapidement après la révolution et élever ainsi leur niveau professionnel.

Dans toute cette étude, nous avons isolé les facilités offertes aux médecins praticiens, de la formation et des cours réservés aux spécialistes. Mais ici, en U.R.S.S., le problème ne peut être résolu de la même manière : il n'y a pas de praticiens, ni même de spécialistes, au sens occidental du terme. En effet, le travail effectué, dans nos pays, par *un* médecin est pratiqué en Russie par un groupe centré sur une polyclinique, sorte de dispensaire, centre de diagnostic et de traitement. On ne peut pas parler de « médecin de famille » ; chacun des membres du foyer ayant un médecin différent à la polyclinique. Aussi, le « spécialiste » est-il plutôt un praticien qui se cantonne à un domaine restreint qu'un véritable consultant. Cette « spécialisation », au sens limité, commence très tôt, puisque, dès la deuxième année de ses études, l'étudiant doit déjà choisir le cadre dans lequel il désire exercer — l'Institut de médecine est, en effet, séparé en quatre facultés distinctes : Thérapeutique (médecine et chirurgie), Hygiène et Médecine sociale, Pédiatrie et Stomatologie. Les médecins n'ont souvent qu'une formation médicale étroite. Chacun connaît sa partie et fait souvent appel à la compétence supérieure d'un confrère ayant plus de titres (1).

C'est contre cette médecine hiérarchisée que le gouvernement cherche à lutter et de là vient l'importance qu'a actuellement en U.R.S.S. l'enseignement post-scolaire pratiquement destiné à *augmenter la compétence des médecins en en faisant des omnipraticiens*.

Des instituts de perfectionnement ont été créés dans ce but.

(1) Rappelons qu'après ses six années de formation, le jeune médecin doit obligatoirement travailler pendant trois années dans une polyclinique ou un Kolkhose rural, désigné par le ministre de la Santé. Après cette sorte de pratique sous contrôle, le médecin peut continuer dans la polyclinique de son choix, mais s'il le désire, il peut poursuivre ses études, pour la spécialisation, ou soutenir une thèse lui permettant de postuler le titre supérieur de Docteur en médecine.

Le premier en date, le plus important actuellement est à Léninegrad. Un vaste réseau complète son action : 300 chaires, 1 500 professeurs à plein temps dans 19 spécialités, tel est l'état actuel de cet enseignement en U.R.S.S.

Deux caractères doivent être notés :

1^o *L'enseignement post-scolaire est obligatoire.* Tous les praticiens doivent, en effet, faire un stage de six mois, tous les trois ans, dans un institut de perfectionnement. Cette période entrant naturellement dans le cadre de son activité professionnelle, le médecin, pendant son séjour dans le Centre universitaire, est nourri, logé et payé sur la base de son traitement habituel.

2^o Il est difficile de parler de l'isolement du praticien, puisqu'il exerce la plupart du temps dans une polyclinique, basé sur la médecine d'équipe. La loi assure, néanmoins, un *contact hospitalier* fréquent, puisque tout praticien doit nécessairement visiter son malade lorsque celui-ci est hospitalisé dans un centre régional.

Certaines réformes sont prévues pour modifier les programmes actuels et augmenter leur efficacité en les rendant plus pratiques; on envisage ainsi d'utiliser les services hospitaliers pour une première phase de perfectionnement avant l'entrée dans les instituts. Les pouvoirs publics se soucient tout particulièrement du perfectionnement des médecins ruraux. Pour former des consultants capables dans les centres régionaux, il a fallu développer les capacités d'enseignement des hôpitaux locaux et prévoir des présentations de malades et des visites de salles, ouvertes à tous les praticiens.

Tout à fait différent de l'enseignement post-scolaire dans les pays occidentaux, le perfectionnement du praticien soviétique a pour but, de lutter contre une spécialisation trop poussée, limitant la largeur de vue de beaucoup de médecins, afin de former un « polerspécialiste » qui pourrait être, comme l'omnipraticien classique, en même temps phtisiologue, gynécologue, pédiatre, dermatologue, hygiéniste, etc.

CONCLUSION

Nous nous étions donné pour but de définir les grands caractères de cette forme spéciale des études médicales, l'enseignement du médecin déjà diplômé, c'est-à-dire le perfectionnement continu du praticien depuis le moment où il obtient sa licence de fin d'étude, jusqu'à ce qu'il abandonne définitivement la carrière médicale sous sa forme active.

Le problème n'était pas d'étudier les solutions proposées à l'étranger pour essayer de les appliquer en France, car, répétons-le, il ne suffit pas pour résoudre une difficulté quelconque de transposer seulement des méthodes qui ayant donné satisfaction à un endroit, peuvent être désastreuses ailleurs. Nous avons voulu seulement présenter par quelques exemples pris tant en France que dans les pays étrangers, comment se pose le problème et comment on peut le résoudre.

On peut alors se demander pourquoi, dans une étude qui se voulait internationale, nous ne sommes attachés qu'à cinq pays seulement : la Grande-Bretagne, les États-Unis, la République fédérale allemande, l'U.R.S.S. et enfin la France, alors que nous passons beaucoup plus rapidement sur les autres États.

Il faut, tout d'abord, remarquer que, lorsqu'en 1950, l'Association médicale mondiale s'adressa aux Associations professionnelles de tous les pays en leur demandant quelles étaient leurs propres réalisations et ce qu'elles avaient fait pour permettre aux médecins de poursuivre leur éducation, une trentaine seulement affirmèrent avoir prévu un programme d'enseignement post-scolaire (tableau XI) ; ce qui limiterait notre travail à trente pays seulement.

En réalité, le Luxembourg et d'autres petits États, qui ne peuvent organiser eux-mêmes un tel enseignement, conseillent à leurs médecins de se rendre à l'étranger pour y suivre des cours.

Les Colonies et les Dominions anglais profitent en général des facilités de la métropole. Ainsi en 1954 et 1955, 1 200 médecins sont venus, dans ce but, suivre les cours de la British postgraduate medical federation à Londres. L'Australie bénéficie d'un régime spécial, puisque des cours sont organisés dans les six États par des professeurs de la B.P.M.F. qui les invite tous les ans à venir discuter avec leurs confrères anglais des

TABLEAU XI

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE DES MÉDECINS PRATICIENS DANS LE MONDE

PAYS	Facilités offertes aux médecins	Est il obligatoire ou volontaire ?	Est il très ou peu suivi ?	Plein temps	Mi-temps	Peut-il exercer ?	Est-il bien ou mal payé ?
Afrique du Sud							
	3 écoles, ce qui est insuffisant.	Volontaire	Très. Plus de demandes que de places	Non	Oui	Oui	Mal
Australie	Cours. Réunions dans les hôpitaux.	Volontaire	Très	Personnel de l'Université	Oui	Oui	Mal
Autriche	Pas indiqué.	Volontaire	Pas indiqué	Oui	Non	Oui	Pas indiqué
Belgique	Cours dans 5 villes.	Volontaire	Pas indiqué	50 %	50 %	Oui	Assez bien
Canada	Cours dans les Universités.	Volontaire	Pas indiqué	Non	Oui	Oui	Mal
Chine	Cours brefs. Bourses.	Volontaire	Peu	50 %	50 %	Oui pour les M.T.	Mal
Cuba	Cours d'été.	Volontaire	Très	Non	Non	Oui	Mal
Colombie	Cours de perfectionnement.	Volontaire	Pas indiqué	Non	Oui	Oui	Mal
Danemark	a) Cours d'un an ; b) Cours ruraux.	Volontaire	a) Peu b) Très	50 %	50 %	Oui pour les M.T.	Ma!
Espagne	Cours pour médecins ruraux. Diplômes.	Volontaire	Très	Pas indiqué	Id.	Id.	Id.
États Unis	En réforme.	Volontaire	Pas très	Non	Oui	Oui comme consultant.	Bien
Finlande	Cours de perfectionnement.	Volontaire	Très	Pas indiqué	Pas indiqué	Oui	Mal

Cours. Stages. Rémunération	Volontaire	Pas indiqué	30 %	70 %	Oui	Bien
<i>Pas de cours post-universitaires.</i>						
Angleterre	Volontaire	Assez peu	Non	Oui	Oui	Bien
Guatemala	Volontaire	Très	Oui	Non	Non	Assez bien
Irlande	Volontaire	Assez peu	50 %	Oui	Oui	Mal
Islande	Obligatoire pour un an puis volontaire	Très	Non	Oui	Oui	Mal
Indes	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas indiqué	Oui	Oui	Mal
Italie	Pas indiqué	Pas indiqué	Pas indiqué	Oui	Oui	Mal
Israël	Volontaire	Pas indiqué	Non	Oui	Oui	Gratuit
Luxembourg ...	Volontaire	70 %	<i>Pas de professeurs spéciaux.</i>			
Nouvelle-Zélande	Volontaire	Très	<i>Pas de professeurs spéciaux.</i>			
Norvège	Volontaire	Très	Oui	Non	Oui comme consultants	Pas indiqué
Pakistan	Volontaire	Pas indiqué	Non	Oui	Oui	Mal
Pays-Bas	Volontaire	Pas indiqué	<i>Pas de cours prévus.</i>			
Philippines	Volontaire	Pas indiqué	<i>Pas de professeurs spéciaux.</i>			
Pérou	Volontaire	Pas indiqué	50 %	Oui	Oui	Très bien
Portugal	Id.	Très	Non	Oui	Oui	Mal
Suède	Volontaire	Très	<i>Pas de professeurs spéciaux.</i>			
République Dominicaine	Volontaire	Très	Non	Oui	Oui	Mal
Suisse	Volontaire	Très	<i>Pas de professeurs spéciaux.</i>			
Turquie	Volontaire	Très	Non	Oui	Oui	Mal

programmes qui conviendraient le mieux aux médecins australiens. D'autres médecins de ce pays se rendent aux États-Unis.

Il existe également une autre raison qui explique la disproportion entre l'importance que nous avons donnée à certains pays aux dépens des autres. Il nous a semblé, en effet, que ces quatre pays représentaient chacun un type original d'enseignement, imité souvent par les États voisins.

Ainsi la réforme qui s'effectue actuellement aux États-Unis et les conclusions des travaux du docteur Vollan ont permis au Canada de réorganiser son enseignement sur une base similaire.

Si, en Grande-Bretagne, la forme bien particulière de l'exercice de la médecine permet certaines facilités qui ne peuvent se concevoir dans d'autres pays où la médecine reste totalement libérale, la notion d'une formation spéciale exigée pour se dire « Médecin praticien » est pleine d'intérêt. Elle a été reprise sous forme de stage chez un praticien en Grèce, en République fédérale allemande, etc.

L'U.R.S.S. montre les problèmes particuliers qui se posent quand un pays à densité médicale faible doit associer la formation accélérée d'un grand nombre de jeunes médecins tout en conservant un niveau suffisamment élevé chez les praticiens déjà installés. L'obligation d'un perfectionnement se retrouve dans les autres républiques de l'Est européen.

Enfin, la République fédérale allemande nous a montré ce qu'est l'enseignement académique et les conséquences de cette forme d'éducation sur la formation et le perfectionnement des médecins.

Au terme de cette étude, nous pensons qu'il pourrait être utile de reprendre certains des problèmes que nous avons soulignés, pouvant éventuellement faire l'objet d'enquêtes plus approfondies en vue de les adapter à notre propre situation. Poser les questions qui devraient être résolues avant d'espérer organiser un enseignement post-universitaire en France, tel était, en effet, le but de notre étude; et nous ne voulions montrer ni ce qu'est actuellement l'enseignement post-scolaire en France, ni ce qu'il devrait être, mais seulement dans quel sens pourrait se concevoir une réforme en vue d'améliorer son efficacité — et ceci en indiquant les difficultés auxquelles se sont heurtées les associations médicales étrangères.

Totalement différent de l'enseignement des étudiants et de la formation des spécialistes car ceux qui en sont l'objet posent des problèmes particuliers, l'enseignement post-universitaire devait être défini; c'est ce que nous avons fait en divisant les différentes modalités en trois grands groupes :

L'enseignement complémentaire du médecin praticien, c'est-à-dire la période de pratique sous contrôle avant l'installation définitive.

L'information quotidienne du praticien par l'enseignement écrit, les contacts professionnels.

L'enseignement systématique qui permet un rafraîchissement périodique du praticien.

A. L'enseignement complémentaire du praticien.

Nous avons noté que, presque partout, un stage de pratique sous contrôle était recommandé au jeune diplômé avant son installation définitive comme omnipraticien. La forme particulière de nos études médicales qui comprennent un contact clinique précoce, la possibilité pour certains étudiants de bénéficier, grâce aux concours hospitaliers, d'une formation clinique supplémentaire, la création d'un stage interne obligatoire de sixième année, rendent-ils inutile en France un enseignement complémentaire du futur praticien de médecine générale, après l'obtention du diplôme ? Sans juger la valeur des études médicales ni l'Internat français, nous pensons pourtant que beaucoup de diplômés fraîchement sortis de la Faculté bénéficieraient d'un stage complémentaire les préparant *réellement* au type d'exercice qu'ils auront à pratiquer, la médecine de clientèle.

D'après une enquête pratiquée en 1954, par le docteur Gillon, 40 % des médecins jugent qu'au moment de la soutenance de leur thèse, leur formation clinique était insuffisante pour leur permettre d'exercer immédiatement. Leurs lacunes consistaient surtout en une formation trop livresque (13 %), une méconnaissance de la pratique courante et une gêne dans les prescriptions (10 %), enfin, une connaissance insuffisante de la psychologie du malade et de la clientèle (6 %).

Parmi les solutions de pratique sous contrôle proposées à l'étranger, nous pensons que *les stages chez un praticien* déjà installé auraient le plus de chance d'être favorablement acceptés en France. D'après le docteur Gillon, 70 % des médecins considèrent qu'un tel stage leur aurait été personnellement utile, et pensent qu'une pratique de ce type devrait être rendue obligatoire.

Le principe étant admis, comment ces stages pourraient-ils être organisés ? Un récent congrès de l'Association de médecine rurale (Mont-Dore 1957) nous a montré les difficultés qu'on aurait à résoudre.

La longueur du stage devrait être discutée. Pour certains, une année entière serait la durée optimum ; temps que la British Medical Association recommande aux jeunes diplômés anglais, mais qui, à notre avis, retarderait peut-être trop l'installation définitive. Un stage de six mois, comme s'il s'agissait d'une spécialité nous paraît plus raisonnable.

La rédaction du contrat d'association devra être précise. Le Conseil de l'Ordre pourrait se charger d'en définir les différents termes. Ainsi, seraient établies légalement, la responsabilité des deux médecins, les possibilités d'interremplacement et d'installation ultérieure dans les environs. Enfin, la base sur laquelle sera rémunéré le stagiaire devra être calculée ; elle tiendra compte, d'une part, que le médecin apprend son métier au stagiaire et l'héberge, mais que, par contre, l'étudiant fait une partie du travail de son moniteur.

Le choix des praticiens habilités à accepter un élève devra également faire l'objet d'un contrôle ; qui s'en chargera, sur quels critères sera faite la

sélection, comment jugera-t-on la valeur pédagogique d'un stage ? Autant de problèmes à résoudre car, si en Grande-Bretagne les trainers acceptent d'être jugés par le doyen d'enseignement post-universitaire de leur région, on ne voit pas comment un tel examen serait admis en France.

L'organisation générale de ces stages pourrait enfin, comme le conseille le docteur Boris, secrétaire national de l'Association de médecine rurale, entrer dans le cadre de l'internat de sixième année et être homologuée par la Faculté.

Une autre solution, ne s'opposant pas à celle-ci, serait de prévoir, comme aux États-Unis, une division de l'enseignement des spécialistes en deux branches bien distinctes, comprenant l'une ce qui est indispensable au futur spécialiste, l'autre ce qui est réservé au praticien de médecine générale. Certains stages hospitaliers, que cela soit au niveau du stage de sixième année, de l'externat ou de l'internat, pourraient ainsi devenir des *Résidences de médecine générale*, années de formation spéciale des omnipraticiens.

Ces internats comprendraient un enseignement théorique portant sur « *ce que doivent connaître les praticiens des principales spécialités* », c'est-à-dire :

- Savoir ce qu'il faut attendre du spécialiste, quand il faut l'appeler, et comment interpréter les indications qu'il donnera ;
- Apprendre les soins immédiats des urgences, même si elles doivent ultérieurement être dirigées vers le spécialiste ou l'hôpital ;
- Connaître les petits actes qui dépendent nosologiquement du cadre des spécialistes, mais qui, pratiquement, doivent être effectués par le praticien isolé : utilisation d'un ophtalmoscope, d'un spéculum, problèmes d'obstétrique, d'O.R.L., etc.

L'enseignement théorique ne sera efficace que s'il repose sur une expérience clinique adaptée à ce qu'aura à effectuer le médecin dans sa clientèle. C'est ainsi qu'il faudra prévoir, dans ces « stages de médecine de clientèle », des séjours dans des consultations externes, dans les blocs d'urgence.

Une telle organisation suppose une modification profonde du statut actuel des internes ; ne mériterait-elle pas d'être envisagée d'une manière pratique pour ceux qui se destinent à la médecine générale ?

B. L'information quotidienne du praticien.

Apportant une information au jour le jour, peut-être un peu superficielle car trop rapidement parcourue pour être approfondie, mais entrant naturellement dans le cadre de l'exercice même de la profession, l'enseignement écrit et les contacts professionnels sont la base du perfectionne-

ment continu du praticien qui désire se tenir au courant, sans quitter sa clientèle.

La littérature médicale, lorsqu'elle doit être adaptée aux besoins de documentation de l'omnipraticien, la *publicité pharmaceutique*, si on veut associer la rentabilité commerciale à l'information thérapeutique du médecin, ne posent pas de problèmes particuliers à notre pays.

Rappelons les grandes lignes :

a) *La littérature médicale du praticien.*

En 1946, le docteur Carlotti présentait un rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins demandant à cet organisme de se charger de publier, en plus des bulletins professionnels, une revue d'enseignement post-universitaire. Le comité de patronage aurait été composé de représentants des différentes facultés, ce qui assurerait une liaison avec l'enseignement universitaire. Un comité de rédaction veillerait à ce que l'esprit ne dévie pas et que la publication reste bien destinée aux praticiens.

Depuis, plusieurs revues médicales privées se sont directement orientées vers l'enseignement post-scolaire des omnipraticiens, laissant aux publications spécialisées le soin de s'adresser plus directement aux spécialistes.

b) *La publicité pharmaceutique.*

Nous avons vu les critiques qu'on a pu faire à cette forme particulière de mise au point thérapeutique. Nous pensons qu'elles reposent sur une conception erronée de la publicité médicale, qui peut, nous l'avons vu, constituer une véritable information. Faudrait-il encore qu'elle soit exacte, or on sait que ce type de publicité est libre. Plutôt qu'une réglementation gouvernementale peu souhaitable, ou qu'un contrôle des pages d'annonces, comme le préconisent certains rédacteurs américains, nous pensons qu'une autodiscipline pourrait être facilement obtenue des laboratoires, par le biais, en ce qui concerne par exemple la publicité-presse, de commissions paritaires où représentants des revues médicales et fabricants de produits pharmaceutiques pourraient exposer leur problème.

c) *Les contacts hospitaliers du praticien.*

Dernier aspect de l'information quotidienne, il pose en France des problèmes incompatibles avec la législation actuelle.

Nous avons vu les travaux de l'Association de médecine rurale sur la question de l'hospitalisation rurale, et l'utilisation par les praticiens de lits ouverts dans des centres d'hébergement ruraux. Ne faut-il pas craindre, par ailleurs, que la conception actuelle n'aboutisse à la création de locaux, où les médecins bénéficieraient, certes, de meilleures conditions de travail, mais qui ne résoudraient pas l'isolement du praticien auquel la médecine hospitalière est pratiquement fermée. Il faudrait donc, en même temps, prévoir les rapports entre médecins de ville et hospitaliers, et organiser d'une manière plus efficace l'assistance même « passive » du médecin de famille aux soins donnés à son malade hospitalisé.

C. L'enseignement systématique du médecin praticien.

Résoudre le problème des cours de perfectionnement, ce n'est pas comparer la valeur pédagogique des différentes réalisations existant actuellement en France. Les *Entretiens de Bichat*, panorama de l'actualité médicale, les *Sessions du Collège de médecine rurale*, lors desquels « les membres cherchent à perfectionner leur valeur professionnelle par un enseignement pratique mutuel », les *Assises de médecine générale française*, que leur but soit, comme avant la guerre, de permettre aux praticiens de faire connaître leurs expériences à l'ensemble du corps médical, ou que leurs sessions constituent un véritable tour d'horizon d'une question préparée un an à l'avance, ces diverses réunions sont autant de formes de Cours de perfectionnement ayant chacune leur qualité dans le cadre où elles ont lieu — médecine urbaine ou rurale. Plus intéressant, semble-t-il, serait donc de voir comment pourrait être organisé sur le plan national l'enseignement systématique du médecin.

Une solution avait été proposée en 1946 par le docteur Carlotti. L'enseignement post-universitaire serait considéré comme un enseignement officiel, bénéficiant d'un budget séparé. Il serait placé sous l'égide du Conseil de l'Ordre des médecins, mais reposerait sur les Facultés de Médecine qui répartiraient les cours entre les Écoles de médecine et les hôpitaux régionaux. Les stages, une semaine par an, auraient lieu dans le mois de septembre-octobre. Le programme comprendrait, le matin, une visite d'un centre spécialisé (un par jour), l'après-midi, des conférences suivies de discussions. Le dernier jour serait consacré à un congrès où chaque médecin présenterait un rapport personnel.

Ce projet, qui n'a pas été appliqué malgré l'avis favorable de l'Ordre, ne nous paraît pas tenir compte des besoins réels des médecins. Il est impossible, en effet, de concevoir une extension de l'enseignement post-scolaire sans la participation d'un très grand nombre d'institutions bénévoles ; les écoles ne peuvent matériellement offrir la variété de facilités post-scolaires nécessaires pour contenter tous les médecins locaux. Il semble qu'il serait plus rationnel de réserver aux écoles le rôle de Centre régional, comme en Grande-Bretagne, reconnu officiellement et chargé de répartir le travail entre chacun sans en avoir l'exclusivité.

Le docteur Carlotti envisage, par ailleurs, la question de l'obligation de cet enseignement. Réaffirmant le principe de l'intangibilité du titre de docteur en médecine et rappelant que « l'activité professionnelle du médecin n'est donc limitée que par sa conscience et par la propre appréciation qu'il peut avoir de ses connaissances et de ses capacités », le docteur Carlotti définit ainsi le devoir de perfectionnement du médecin :

« Il lui est un devoir indispensable de se perfectionner dans toutes les disciplines essentielles de l'art médical et de se mettre au courant des acquisitions scientifiques, d'assimiler leurs applications pratiques ou tout au moins de savoir les mettre à la disposition des malades qui s'adressent à lui. »

Est-ce que ce devoir, purement moral, suffira à pousser le médecin à assister aux cours de perfectionnement, ou se contentera-t-il de l'information quotidienne à domicile, qui, tout en le tenant au courant, ne l'oblige à aucun déplacement ?

Par ailleurs, si théoriquement le titre de docteur en médecine confère le maximum de prérogatives et n'est pas limitatif, en réalité, dans de nombreux pays, la création d'un système d'assurance-maladie de Sécurité sociale, fait naître la notion d'une médecine hiérarchisée, de « médecin plus ou moins qualifié ». Peut-on extrapoler et admettre le concept d'un seuil que les médecins doivent dépasser pour être autorisés à continuer l'exercice de la profession ? Ne faudrait-il pas alors admettre la nécessité d'un examen périodique permettant de juger le niveau de tous les médecins pour savoir s'ils atteignent ce seuil minimum indispensable ? Si on répond par l'affirmative, alors l'enseignement post-scolaire deviendra obligatoire.

Comment serait admise en France une telle obligation ? A la suite du rapport du docteur Carlotti, la commission du Conseil de l'Ordre avait indiqué « qu'elle désirerait que les stages de perfectionnement soient obligatoires, mais que les médecins auraient le choix du centre, des professeurs et des cours ». D'autre part, d'après l'enquête du docteur Gillon, plus de la moitié des médecins français accepteraient un enseignement obligatoire.

Plutôt que d'étudier comment pourrait être organisée cette obligation de perfectionnement, ne serait-il pas plus libéral de voir comment attirer le médecin qui viendrait spontanément se rafraîchir périodiquement ?

En intéressant le médecin :

- Par la *gratuité des cours*, mais qui financerait cet enseignement ?
- Par des *avantages matériels* tels qu'ils sont admis en Grande-Bretagne, mais le médecin français est généralement au forfait ;
- Par l'*obtention d'un diplôme d'assiduité*, mais quelle valeur aurait ce titre ?

La solution la plus rationnelle reste donc de diminuer les obstacles qui gênent le médecin lorsqu'il vient assister à un cours. Les travaux américains nous ont montré (tableau VII, p. 73) quels étaient les principaux. Rappelons-les en indiquant comment ils pourraient être résolus en France.

— *Impossibilité de quitter la clientèle* : plutôt que l'interremplacement entre confrère d'un même lieu, il serait préférable de concevoir l'utilisation des étudiants de sixième année de la Faculté, siège du stage — ceci étant organisé d'une manière officielle par les Associations d'étudiants.

— *Difficultés de transport, de séjour dans la ville universitaire* : le logement dans les cités universitaires, en utilisant les périodes de vacances pourrait apporter une solution pratique.

— *Sujets n'intéressant pas le médecin*, car trop spécialisés, mal adaptés à ses besoins : un sondage d'opinion permettrait de connaître ce que désirent les médecins d'une région. Le programme conviendrait ainsi à la majorité et il suffirait de le présenter d'une manière pratique et attrayante.

— Enfin et surtout, nous rappellerons l'intérêt d'une *émulation mutuelle* dans le cadre des groupements de praticiens (que cela soit en médecine d'équipe ou en réunions de sociétés locales) qui créera chez chacun des membres le besoin de perfectionnement indispensable à un effort continu.

Vu, le Président de Thèse

Professeur R. PIEDELIEVRE.

Vu, le Doyen de la Faculté
de médecine de Paris

Professeur L. BINET.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

- A conference on the potential use of television in Postgraduate medical education.
Rapport au LX^e Congrès du Council on medical education and hospital of the American medical association, 1955.
- ANDREIEVA-GUALANINA (E. T.), DANICHEVSKI (S. L.). — L'enseignement de l'hygiène du travail à l'Institut médico-sanitaire d'hygiène de Léninegrad.
Hygiène et Santé publique, 5 : 43-46, 1956.
- Approved Internships and residencies, rapport de l'American medical association sur les internats.
J. A. M. A., 147 : 5, 1951.
- Approved internships and residencies, rapport de l'American medical association sur les internats.
J. A. M. A., 156 : 2, 1954.
- Approved internships and residencies, rapport de l'American medical association sur les internats.
J. A. M. A., 159 : 6, 1955.
- Approved internships and residencies, rapport de l'American medical association sur les internats.
J. A. M. A., 161 : 4, 1956.
- BIBLER (L. D.). — The general practitioner and the hospital.
J. A. M. A., 147 : 5, 1951.
- BONIN (W.). — Pour un hôpital universitaire.
Doc, 6 : 15, 1957.
- BORIE. — Les activités de l'Association de médecine rurale.
Concours Méd., 2, V, 1957.
- BORIE. — Problèmes actuels concernant les hôpitaux ruraux.
Rapport au VI^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1956.
- BURDON (J. F.). — Postgraduate education of newly-qualified Doctors.
Research newletter, n° 14, 4 : 1, 1957.
- CARLOTTI (J. P.). — D'un enseignement complémentaire de médecine générale destiné aux médecins praticiens.
Rapport au Conseil national de l'Ordre des médecins, 1947.
- CARLOTTI (J. P.), GAMARD (R.). — L'enseignement postuniversitaire de la médecine générale.
Rapport au VI^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1956.

- CAZAC (G.), GOMBAULT (A.). — L'hospitalisation publique : II. Organisation hospitalière.
Sup. Concours Méd., 16, 19 avril 1958.
- CLEGG (H.). — Medicine in Britain.
Longmans, London, 1951.
- Compte rendu du III^e Congrès du College of general practitioners.
The Practitioner, Sup., décembre 1955.
- Compte rendu du IV^e Congrès du College of general practitioners.
The Practitioner, Sup., décembre 1956.
- Compte rendu du V^e Congrès du College of general practitioners.
The Practitioner, Sup., décembre 1957.
- DEBUIRRE. — Bilan des travaux de l'Association.
Rapport du III^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1953.
- DEITRICK (J. E.), BERSON (R. C.). — Medical schools in the United States at Midcentury.
New York, McGraw - Hill Book Co, 1953.
- DELAFFRESNAYE (J. F.). — L'enseignement de la médecine au Royaume Uni.
Semaine Méd., 43 : 33, novembre 1957.
- DEPLAS (H. F.), VERDIER (H.). — La publicité.
Col. « Que sais-je », *Presses universitaires de la Cité*, Paris 1957.
- DIJON (H.). — Les établissements hospitaliers publics français.
Semaine Méd., 33 : 19, 1957.
- DIMOND (E. G.). — The general practitioner and the medical school.
J. A. M. A., 156 : 11, 1954.
- DOURIEZ (P.). — Une enquête sur la médecine de groupe : I. Le groupement médical de Sablé.
Concours Méd., 24 septembre 1956.
- DOURIEZ (P.). — Une enquête sur la médecine de groupe : II. Le groupe médical de Loudéac.
Concours Méd., 1^{er} décembre 1956.
- KISELE (C. W.). — Essentials of a residency in general practice.
J. A. M. A., 164 : 4, 1957.
- ERNAKOV (V. V.), SAUCHERKO (M. G.). — Les instituts de perfectionnement des médecins et leurs rôles dans la spécialisation et le perfectionnement des cadres médicaux en U.R.S.S.
Soviet Med., 19 : 6, 1955.
- ESCOFFIER-LAMBIOTTE. — La thérapeutique a cessé d'être un art pour devenir une industrie.
Le Monde, 14 : 4021, 27 décembre 1957.
- Essentials of an approved Internship.
Rapport du Council on medical education and hospitals of the American medical association, Chicago, 1955.
- Essentials of approved Residencies and Fellowship.
Rapport du Council of medical education and hospitals of the American medical association, Chicago, 1955, p. 45.
- Federal income tax : deduction of expenses incurred in taking postgraduate courses.
J. A. M. A., 160 : 5, 1956.
- FRASER (I.). — A visit to U.S.S.R.
The Practitioner, 178 : 1, 1957.

- FRASER (F.). — Postgraduate medical education in the United Kingdom.
Central. Afr. J. Med. 2 : 3, 1956.
- Future of the Internship.
Rapport au LX^e Congrès annuel du Council on medical education and hospitals of the American medical association, 1955.
- GARDIER (A.). — Les hôpitaux des grandes agglomérations urbaines.
Revue de l'Assistance publique, Paris, 1956.
- GARLAND (J.). — Responsabilité engagée par la rédaction en ce qui concerne la publicité médicale.
Rapport au III^e Congrès de l'Union internationale de la presse médicale, 1957.
- General practice and the training of a general practitioner.
Rapport d'un comité de la British medical association, Londres, 1950.
- GEOFFREY (O.), BARBER. — Medical Education and the general practitioner.
The Practitioner, 176 : 1, 1956.
- GILLON (J. J.). — Sondage sur les réformes de l'enseignement de la médecine.
Concours Méd., 76 : 3, 1954.
- GILLON (J. J.). — Sondage sur les réformes de l'enseignement de la médecine (suite).
Concours Méd., 76 : 18, 1954.
- GISCARD. — Une expérience d'enseignement postuniversitaire : les collèges de médecine rurale; Tournus, Montceau, Cluny.
Rapport au V^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1955.
- GODLEWSKI (G.).
Rapport sur les Assises de médecine générale françaises au VI^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1956.
- HAMILTON (S. G.). — Obstetric record card for use in general practice.
The Practitioner, 176 : 1, 1956.
- JOANNON (P.). — Collège de Médecine rurale.
Rapport à une session du Collège de médecine rurale, Nantes, février 1956.
- LACÔMME. — L'enseignement de l'obstétrique en médecine rurale.
Rapport au IV^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1954.
- LAUCIER (A.). — L'enseignement médical hors de nos frontières.
Problèmes, numéro spécial étudiant, 29 : 1955.
- LEDOZE (F.). — Stage auprès d'un praticien.
Rapport au VII^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1957.
- LEREBoullet (J.). — La documentation à l'usage du praticien.
Rapport au II^e Congrès de l'Union internationale de la presse médicale, 1955.
- Les normes de l'enseignement médical.
Rapport n° 1 de l'Association médicale mondiale, 1950.
- MAIR (A.). — Participation of general practitioners in teaching of social medicine.
The Practitioner, 58 : 5, 1957.
- Memorandum on general practitioner maternity services (Ministry of Health).
Research Newsletter, n° 13, 3 : 4, 1956.
- MIGNON (J.). — Enquête sur la presse médicale et son statut actuel dans divers pays.
Rapport au II^e Congrès de l'Union internationale de la presse médicale, 1955.

- MIGNON (J.). — Peut-on associer les médecins praticiens aux services hospitaliers?
Concours Méd., 22 juin 1957.
- MOUCHOT (G.). — La médecine de groupe en pratique rurale.
Rapport au I^{er} Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1951.
- MOUCHOT (G.). — La Russie vue par les autres.
Concours Méd., 19 mars 1955.
- NEURKIRCH (J.). — La communauté médecins-pharmaciens, symbiose nécessaire.
Labo-Pharma, 6 : 49, 1957.
- OLLIARO (T.). — Les résumés bilingues.
Rapport au II^e Congrès de l'Union internationale de la presse médicale, 1955.
- Participation of Medical Schools in postgraduate medical education.
Rapport du VI^e Congrès annuel du Council on medical education and hospitals of the American medical association.
J.A.M.A., 161 : 17, 1956.
- PATERSON (J.-K.). — Postgraduate medical education in preparation for entry in general practice.
B. Med. J., 1^{er} septembre 1955.
- PELLEGRINO (E. D.). — Role of community Hospital in continuing education : the Huterdon experiment.
J.A.M.A., 164 : 4, 1957.
- PULLEN (R. E.). — Contributions of postgraduate medicine to undergraduate medical education.
J. of Med. Education, 28 : 5, 1953.
- RENAUX. — Le problème des hôpitaux universitaires.
Bruxelles Méd., 30 : 5, 1950.
- RITTELMAYER (L. F.). — Essentials of a residency program in general practice.
J.A.M.A., 162 : 1, 1956.
- Rôle de l'hôpital dans les programmes de protection de la santé.
Organisation mondiale de la santé. Service des rapports techniques, 122, 1957.
- ROUX. — L'enseignement chirurgical du médecin rural.
Rapport au IV^e Congrès national de l'Association de médecine rurale, 1954.
- ROUX-DESSARPS (G.). — L'enseignement post-universitaire à l'étranger.
Problèmes, numéro spécial étudiant, n° 38, 1956.
- ROUX-DESSARPS (G.). — Les stages pratiques à l'étranger.
Revue du Praticien, 7 : 26, 1957.
- SAXTON (R. S.). — Soviet general practitioner and polyclinics.
B. Med. J., sup. 17 août 1957.
- SERRA (P.). — Le système hospitalier et la formation des spécialistes aux U.S.A.
Presse Méd., 63 : 52, 1955.
- SHEPHERD (G.). — Current activities in postgraduate education of the Council of medical education and hospitals.
J.A.M.A., 164 : 4, 1957.
- SMYTH (C. J.). — Postgraduate training through a general practice residency.
J. of Med. Educ. 28 : 6, 1953.
- The medical practitioners' Handbook.
Rapport de la British medical association, London, 1954.
- The teaching of general practice by general practitioners.
Rapport of the Foundation Council of general practitioners.
B. Med. J., 4 juillet 1953.

- THOMPSON (I. M. P.). — Les résumés d'articles.
Rapport au 1^{er} Congrès de l'Union internationale de la presse médicale,
1954.
- TRUMMERT. — L'enseignement médical en Allemagne.
Rev. Eng. Sup., n^{os} 3 et 4, 1957.
- VOLLAN (D. D.). — Postgraduate medical education in the United States.
*Rapport du Council on medical éducation and hospitals of the American
medical éducation*, Chicago, 1955.
- VON GUGEL.
Rapport au VII^e Congrès national de l'Association de médecine rurale,
1957.
- WALTER (C. W.). — Adult education for general practitioners.
B. Med. J., 27 août 1955.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	II
-------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

L'enseignement complémentaire du futur praticien : Internats, stages de pratique sous contrôle.....	13
I. L'Internat aux États-Unis.....	16
II. L'Internat en Grande-Bretagne.....	25
III. L'Internat en République fédérale allemande.....	32
IV. L'Hôpital et les internats.....	35

DEUXIÈME PARTIE

L'enseignement post-universitaire du médecin praticien.....	39
I. L'information quotidienne du médecin praticien.....	43
II. Les moyens « indirects » de l'enseignement du médecin....	55
III. Les contacts professionnels du médecin praticien.....	57
IV. L'enseignement systématique du praticien : les cours de perfectionnement	63
CONCLUSION.....	87
BIBLIOGRAPHIE	97

TABLE DES MATIÈRES

11 1

PREMIÈRE PARTIE

12	ACHÈVÉ D'IMPRIMER
13	SUR LES PRESSES DE
14	L'IMPRIMERIE NOUVELLE
15	53, QUAI DE LA SEINE, PARIS
16	LE 5 MARS 1959 - N° 708-58
17	Dépôt lég. édit : 1 ^{er} tr. 1959
18	N° éditeur : 672

DEUXIÈME PARTIE

19	I. L'organisation générale du mouvement
20	II. Les moyens et méthodes de l'enseignement
21	III. Les contenus et les méthodes de l'enseignement
22	IV. L'enseignement et la formation des enseignants
23	V. L'enseignement et la formation des enseignants
24	VI. L'enseignement et la formation des enseignants
25	VII. L'enseignement et la formation des enseignants
26	VIII. L'enseignement et la formation des enseignants

